



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

**Transição para a vida laboral na pessoa com AVC**

**Raul Miguel Pires Fernandes**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

**Transição para a vida laboral na pessoa com AVC**

**Raul Miguel Pires Fernandes**

**Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto**

**2014**

## ABREVIATURAS

ASIA – *American Spinal Cord Injury Association*

AVC – Acidente vascular cerebral

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

HCC – Hospital Curry Cabral

HSM – Hospital de Santa Marta

MIF – Medida de Independência Funcional

OED – Operação Emprego e Deficiência

O<sub>2</sub> - Oxigénio

RAT – Regresso ao trabalho

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEER – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RFR – Reeducação funcional respiratória

RR – Reabilitação respiratória

SMFR – Serviço de Medicina Física e Reabilitação

VNI – Ventilação não invasiva

## RESUMO

Na sociedade o emprego tem papel fundamental enquanto garante de sentimentos de pertença e de bem-estar que são considerados fundamentais para a manutenção da identidade da pessoa. Acresce que o emprego está relacionado positivamente com melhores níveis de saúde.

A pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) pode enfrentar a necessidade de abandonar o seu emprego, enfrentando grandes dificuldades em regressar à vida ativa após o evento crítico. Neste contexto, a apoio na transição para o regresso à vida laboral justifica a intervenção do enfermeiro especialista.

Este relatório tem como objetivo relatar criticamente a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação através da intervenção na transição para a vida laboral na pessoa com AVC, tendo por base a teoria de médio alcance de Meleis relativa à Transição.

O documento visa igualmente relatar a forma como foi integrada a prática especializada em enfermagem de reabilitação, como foram desenvolvidas competências para a elaboração e implementação de programas de treino para o regresso à vida em sociedade e para o regresso à vida laboral.

Ao longo do documento são descritas as atividades e experiências vividas, que se constituíram com fundamentais para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Foi possível identificar a influência dos fatores inibidores no sucesso da transição para a vida laboral em doentes com AVC. Pode ainda identificar-se a importância de reabilitar para a vida ativa em doentes com outras patologias.

Palavras-chave: Transição; Regresso ao trabalho; AVC; Enfermeiro Especialista

## **ABSTRACT**

Employment plays a fundamental role in society, ensuring feelings of belonging and well-being that are considered essential for the maintenance of a person's identity. Moreover, it's associated positively with improved health status.

The person with stroke may face the need to leave the job and face major difficulties in returning to it. This context justifies the need for the specialist nurse intervention in the transition to the return to work.

This report aims to critically report the acquisition of skills as a specialist nurse in rehabilitation nursing through the intervention in the transition to return to work in stroke victims, through the use of Meleis middle range theory on Transition.

This document also aims to report the induction to specialized practice in rehabilitation nursing, as well as the development of skills in planning and implementing rehabilitation programs for the return to life in society and for the return to work.

Throughout the document the activities and experiences are described. Those were vital for the acquisition of the common competences of the specialist nurse, as well as the specific competences of the specialist nurse in rehabilitation nursing.

It was possible to identify the influence of inhibitory factors in the success of the transition to work in stroke patients. It was also possible to identify the significance of these interventions in persons with other pathologies.

**Keywords:** Transition; Return to work; stroke ; Specialist Nurse

## **INDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>1 – O REGRESSO À VIDA LABORAL NA PESSOA COM AVC</b>	<b>10</b>
<b>2 – O PROCESSO DE TRANSIÇÃO</b>	<b>12</b>
2.1 – A natureza das transições para a vida laboral na pessoa com AVC	13
2.2 – Condições facilitadoras e inibidoras das transições para a vida laboral na pessoa com AVC	16
<b>3 - A REABILITAÇÃO PARA A VIDA LABORAL</b>	<b>19</b>
<b>4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b>	<b>22</b>
4.1 Integrar a prática especializada em Enfermagem de Reabilitação	23
4.1.1 Integração nas equipas e nas dinâmicas dos serviços	23
4.1.2 Análise crítica da informação clínica da pessoa	27
4.1.3 Implementação de escalas e instrumentos de medida	28
4.1.4 Realizar diagnósticos de enfermagem especializada	31
4.2 Elaboração e implementação de programas de treino para o regresso à vida em sociedade;	34
4.2.1 Avaliação de funcionalidade e diagnóstico de alterações.	34
4.2.2 Identificação de fatores motivacionais da pessoa	37
4.2.3 Elaboração de planos de reabilitação individualizados	40
4.2.4 A implementação de planos de cuidados	42
4.2.5 Avaliação da evolução da pessoa e adequação do planeado.	46
4.3 Elaboração, implementação e avaliação de um programa de treino para o regresso à vida laboral	49
4.3.1 Avaliação de alterações com impacto no regresso ao trabalho.	49

4.3.2 Identificação de fatores motivacionais da pessoa	52
4.3.3 Planear a reabilitação para o regresso ao trabalho.	54
4.3.4 A implementação de planos de cuidados para o regresso ao trabalho	56
4.3.5 Avaliação da evolução da pessoa e adequação do planeado.	57
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE 1 – OBJETIVOS, ATIVIDADES E CRONOGRAMA DEFINIDOS NO PROJETO DE FORMAÇÃO</b>	
<b>APÊNDICE 2 – <i>CHECKLIST</i> DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b>	
<b>APÊNDICE 3 - DOSSIER LEGISLAÇÃO</b>	
<b>ANEXO 1 – <i>A SELF ASSESSMENT GUIDE FOR PEOPLE WITH STROKE.</i></b>	

## INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação enquanto relatório de estágio.

Este documento tem como objetivo geral relatar criticamente a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação através da intervenção na transição para a vida laboral na pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Tem ainda os seguintes objetivos específicos: relatar a forma como foi integrada a prática especializada; relatar a forma como foram desenvolvidas competências para a elaboração e implementação de programas de treino para o regresso à vida em sociedade; e relatar a forma como foram desenvolvidas competências para a elaboração, implementação e avaliação de um programa de treino para o regresso à vida laboral.

As competências referidas enquadram-se nas competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tal como previstas nos regulamentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros. As atividades desenvolvidas para alcançar estas competências foram estruturadas no projeto de formação elaborado no âmbito da unidade curricular – Opção 2 e subordinado ao tema a transição para a vida laboral na pessoa com AVC.

A escolha deste tema baseou-se em três argumentos principais designadamente a pertinência para a pessoa, família e sociedade alvos dos nossos cuidados; a pertinência para a profissão e para a área de especialidade; e a pertinência para o projeto de formação.

A pertinência para a pessoa, família e sociedade centra-se na mais-valia de intervir em tempo útil no indivíduo que foi alvo de um AVC com o intuito que este regresse ao mundo laboral. O AVC é um episódio agudo que, em segundos, muda a vida da pessoa e da sua família. Os défices adquiridos e os processos de reabilitação longos afastam a pessoa da vida laboral ativa implicando consequências



personais, familiares e sociais significativas. O restabelecimento de uma vida laboral satisfatória é um fator importante na construção e manutenção da autoestima, da autoimagem, da vida social e da autonomia financeira da pessoa, sendo descrito por alguns autores como uma das atividades terapêuticas mais completas num processo de reabilitação.

A pertinência para a profissão é perceptível considerando que mais de um terço das pessoas com AVC têm menos de 65 anos e os estudos que se apresentarão neste documento estimam que o regresso à vida laboral nestas pessoas varie entre 7 e 84%. Esta variação é muito significativa, o que pode representar padrões de prática distintos entre os profissionais. A intervenção sistematizada da enfermagem de reabilitação permite promover melhores resultados em saúde para estas pessoas, suas famílias e comunidade e uma afirmação da especialidade enquanto instrumento ao dispor da sociedade.

Conforme referido anteriormente a reabilitação para a vida laboral implica uma conjugação de processos de reabilitação física, cognitiva e social tendo em vista um objetivo definido – regressar ao trabalho. A intervenção neste processo abrangente obriga à aquisição e mobilização de um conjunto amplo de conhecimentos e competências que vão de encontro às competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Deste modo, o desenvolvimento desta área de atuação torna-se pertinente para o meu projeto de formação.

A intervenção nesta matéria estruturou-se com base na teoria de médio alcance de Afaf Ibrahim Meleis, nomeadamente a análise da transição que a pessoa atravessa desde o processo de doença até ao processo de reintegração laboral, nomeadamente através da análise dos fatores facilitadores e inibidores deste processo de transição.

A metodologia utilizada para a elaboração deste documento correspondeu a pesquisa bibliográfica tendo sido utilizada a base de dados *EBSCOhost - Research Databases*, com os seguintes termos de pesquisa: *stroke; return to work*, tendo sido possível identificar 221 resultados. Destes resultados foram selecionados artigos com base na sua atualidade (preferencialmente últimos 10 anos) e na sua relação

com o tema. Estes artigos permitiram a identificação de outras fontes de informação, nomeadamente páginas internacionais de reabilitação laboral em doentes com AVC que foram analisadas.

Para identificação do enquadramento da teoria de médio alcance de Meleis com o regresso à vida laboral nas pessoas com AVC foi pesquisado na base de dados *EBSCOhost - Research Databases* os seguintes termos que foram sendo conjugados alternativamente: *transition; stroke; return to work; nursing transition; meleis; transição; regresso ao trabalho; e AVC*.

Esta pesquisa permitiu identificar 98 artigos, embora a maioria destes resultados só surjam se for excluída a palavra *stroke* e se pesquisar a transição para a vida laboral incluindo todas as patologias. A procura de artigos com os termos em português não devolveu resultados.

A segunda fase deste documento corresponde ao relato crítico das atividades desenvolvidas nos dois estágios que decorreram entre 30 de setembro de 2013 e 14 de fevereiro de 2014. O primeiro estágio decorreu no Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta – Centro Hospitalar de Lisboa Central e teve a duração de 6 semanas. O segundo estágio decorreu no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral – Centro Hospitalar de Lisboa Central com a duração 12 semanas. Em apêndice 1 encontram-se os objetivos de formação e respetivas atividades previstas no projeto, assim como o respetivo cronograma.

No seguimento desta introdução, este documento incluirá três capítulos de enquadramento teórico da transição para a vida laboral na pessoa com AVC. Após este enquadramento apresenta-se o relato e análise sobre as atividades realizadas tendo por base o objetivo geral e os três objetivos específicos definidos e respetivas atividades definidas no projeto de formação. No final desta reflexão apresenta-se a conclusão, onde procuro sintetizar os ganhos obtidos e apresentar algumas notas de reflexão.

O capítulo seguinte inicia o enquadramento no regresso à vida laboral na pessoa com AVC.

## 1 – O REGRESSO À VIDA LABORAL NA PESSOA COM AVC

O AVC representa um evento agudo de doença que é, geralmente, causador de défices físicos e cognitivos com impacto relevante na vida familiar, reintegração social e bem-estar da pessoa<sup>1</sup>.

A perda de emprego associada a um episódio de AVC é considerada um dos problemas mais significativos para os doentes e famílias e resulta num decréscimo da qualidade de vida, contribuindo para o surgimento de problemas financeiros, limitações nas atividades de lazer e férias, isolamento social, e autoeficácia reduzida, conforme refere Wilz & Soellner (2009). Não trabalhar tem um impacto significativo na saúde de uma pessoa e representa um risco para a saúde superior à doença cardíaca e com um efeito similar a fumar 10 maços de cigarros por dia, segundo Radford, K. A. & Walker M. F. (2008).

De acordo com Gilmore, Barry, & Howson (2012) nos Estados Unidos da América, um quinto dos sobreviventes de AVC têm entre 18 e 65 anos, sendo que destes a maioria se encontra entre os 45 e os 65 anos. Ou seja, mais de 20% dos sobreviventes de AVC estão em idade laboral.

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2011), ocorreram em Portugal naquele ano, 15.502 Acidentes Vasculares Cerebrais. Assumindo que um quinto destes doentes estaria em idade laboral, de acordo com Gilmore, Barry, & Howson (2012), isto significaria que perto de 3100 pessoas por ano podem ter o seu projeto de vida profissional posto em causa.

Uma revisão internacional de 20 estudos sobre o regresso ao trabalho após um AVC, realizado por Saeki (2000), identifica uma variação entre 7% e 84% de regresso ao trabalho com sucesso. Um valor semelhante é identificado por Trygged, Ahacic, & Kåreholt, (2011) que estimam entre 11% e 85% a variação no regresso ao trabalho de pessoas que sofreram um AVC. Alguns estudos restringem esta

---

<sup>1</sup> Ao longo do documento serão utilizados os termos pessoa e doente, com os seguintes significados.  
- Pessoa enquanto «ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direita a autodeterminar-se» (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 6).  
- Doente como «pessoa que tem doença» (Infopédia, 2014)

percentagem entre os 30-49% (Black-Schaffer & Osberg, 1990; Vestling, Tufvesson, & Iwarsson, 2003; Tanaka, Toyonaga, & Hashimoto, 2011).

De facto, o emprego é um dos papéis sociais mais importantes que uma pessoa desempenha e permite uma sensação de pertença e bem-estar fundamentais para manter a identidade da pessoa - Vestling, Tufvesson, & Iwarsson, (2003).

Rueda et al. (2012) numa revisão de literatura identificaram um grau de consenso considerável nos efeitos positivos do regresso ao trabalho na saúde dos indivíduos, quer por melhoria significativa dos níveis de saúde após reinício da atividade laboral, quer por declínio significativo destes níveis atribuíveis ao desemprego prolongado. Os autores concluíam que programas específicos de regresso ao trabalho poderiam melhorar a saúde ao mesmo tempo que melhoravam a situação financeira.

No mesmo sentido, Scott D. (2010) relatava que o regresso ao trabalho na primeira oportunidade possível pode ser um dos passos terapêuticos mais importantes na recuperação. Para o autor as pessoas que regressaram rapidamente ao emprego expressaram os benefícios do trabalho e a importância do trabalho nas suas vidas.

O regresso à vida laboral em sobreviventes de um AVC é um marco na sua reabilitação e fornece evidência de progresso a caminho de uma vida normalizada. Segundo a revisão de literatura elaborada por Scott D. (2010) o regresso à vida laboral destas pessoas permite aumentar a sua confiança, autoestima, bem-estar, satisfação com a vida e permite a oportunidade de readquirir independência económica.

Estes estudos refletem que existe mais-valia na abordagem de reabilitação direcionada ao regresso ao trabalho, quer para a pessoa-doente, quer para o profissional que quer adquirir competências de reabilitação.

Neste sentido, nos capítulos que se seguem abordar-se-á o regresso à vida laboral no doente com AVC com base na teoria de médio-alcance das transições.

## 2 – O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

As alterações saúde-doença num indivíduo abrem oportunidades de melhorar o bem-estar, mas expõem igualmente ao risco de vulnerabilidade, conforme refere Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Para os autores esta vulnerabilidade expõe os indivíduos a danos potenciais, recuperações problemáticas ou prolongadas e a processos de adaptação atrasados ou pouco saudáveis.

A vivência destas adaptações e o seu impacto na saúde dos indivíduos tem sido estudado por diversos autores, sendo possível identificar Afaf Ibrahim Meleis como uma autora de referência na área de enfermagem e que ao longo dos anos foi construindo uma teoria de médio-alcance ligada às transições.

Para Meleis, A., et al. (2000) a estrutura da teoria de médio-alcance das transições consiste na natureza das transições, nas condições das transições e nos respetivos padrões de resposta.

No que respeita à natureza das transições estas podem ter diferentes tipos (de desenvolvimento, situacionais; saúde/doença; e organizacional), padrões (única, múltipla, sequencial, simultânea, relacionada ou não relacionada) e propriedades (consciência, compromisso/envolvimento, mudança e diferença; intervalo de tempo da transição; pontos e eventos críticos) – Meleis, A., et al. (2000).

As condições das transições podem ser facilitadoras ou inibidoras e ser de âmbito pessoal, da comunidade ou da sociedade - Meleis, A., et al. (2000). Para os autores o âmbito pessoal envolve o significado da transição, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento da própria pessoa.

Por fim os padrões de resposta são divididos em indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, localização e desenvolvimento de confiança e de *coping*) e de resultado (mestria e identidade integrada) – Meleis, A., et al. (2000).

A abordagem das transições em Portugal, encontra-se em autores como Sequeira (2010) para quem a transição está associada aos conceitos de adaptação

e de crise, onde a crise representa o evento que provoca a necessidade deste processo e a adaptação é a forma como cada um o vivencia.

A pessoa sujeita ao processo de transição pode recorrer a recursos para restabelecer o equilíbrio necessário a uma transição adequada, sendo estes enquadrados em três grupos: aqueles que «(...) se relacionam com a transição em si (o momento, a duração, a mudança de papéis), (...) com o sujeito (características pessoais, personalidade, estratégias de *coping*, capacidade de controlo sobre a situação) e (...) com o ambiente (...) (tipo de relação, suporte social)» (Schlossberg, 1981 citado por Sequeira, 2010, p.167).

Neste contexto, a visão da prática de enfermagem através da teoria de médio-alcance da transição permite caracterizar de forma sistemática as transições vividas pela pessoa e família, identificando os fatores facilitadores e inibidores deste processo. Esta caracterização permite que o enfermeiro centre a sua atuação nas componentes com influência *major* na adaptação à nova realidade. Esta teoria define ainda os indicadores de avaliação que o enfermeiro deve ter em conta na avaliação do processo de transição.

Considerando a transição para a vida laboral um momento de crise para a pessoa e para a família, considera-se que este modelo traz aportes significativos para a análise organizada do tema. Nas páginas seguintes procurar-se-á interligar este modelo de referência com o tema do trabalho.

### **2.1 – A natureza das transições para a vida laboral na pessoa com AVC**

Quando se procura identificar o processo de transição nas pessoas que vivenciaram um AVC podemos identificar que este é influenciado pelo tipo de evento crítico (tipo de AVC, grau de dependência causado e alterações do estilo de vida na pessoa e no cuidador), o tempo de duração da dependência (influenciado pelo tipo de AVC, sequelas do mesmo, potencial de recuperação e intervenção em tempo útil) e a forma como o cuidador e a pessoa alvo de cuidados vivenciam todas estas mudanças (Sequeira, 2010).

A caracterização do modelo de transição de Meleis no regresso à vida laboral após um AVC é escassa na literatura, considerando que a maioria dos estudos centra a sua atenção no regresso a casa ou na transição familiar para o papel de cuidador. Ainda assim, há pontos em comum que podem ser integrados neste documento.

Assim, se procurarmos identificar as propriedades da transição referidas anteriormente poderíamos considerar como evento crítico a sobrevivência ao AVC, que despoleta a necessidade de adaptação da pessoa e da sua família a uma nova realidade. Esta noção é dada igualmente por Rittman, et al, (2007) referindo que no momento em que a família percebe que o seu familiar vai sobreviver, esta começa a antecipar as mudanças necessárias após a alta e o próprio doente começa a adaptar-se às mudanças nas capacidades funcionais e de imagem corporal, despoletando o início do processo de transição.

Rittman, et al, (2007) apresentam outras duas características das transições nestes doentes: o processo de transição ocorre ao longo do tempo e envolve mudanças na identidade, papel social e comportamentos.

Contudo, se as propriedades são relativamente definíveis, Rittman, et al, (2007) parece ter mais dificuldade em identificar o tipo e os padrões de transição nestes doentes e suas famílias considerando que «o processo de transição é caótico, resultando em mudanças nas relações familiares, cuidadores a gerir a exaustão e sobreviventes a viver um dia de cada vez, lutando para se agarrar à esperança de recuperação» - (Rittman, et al, 2007, p21).

Os mesmos autores identificam no seu estudo que os principais desafios dos sobreviventes de AVC no final do processo de transição são as alterações no sentido de si, ligação com os outros e integração na comunidade.

Os eventos críticos para estes doentes são identificáveis em estudos relacionados com o regresso a casa, que utilizarei como base de suporte para o regresso ao trabalho. Nalder, et al (2012) e Nalder, Fleming, Cornwell, Foster, Ownsworth, et al., (2012) identificavam como fatores sentinela na transição do hospital para a casa em doentes com traumatismos cranianos a utilização independente de transportes, o regresso à condução, o regresso ao trabalho,

readquirir independência em casa e passar para uma situação de vida com mais restrições.

Aceita-se que alguns dos eventos sentinela descritos anteriormente no regresso a casa possam interferir no regresso à vida laboral, nomeadamente a utilização independente de transportes e o regresso à condução de veículos.

A análise do modelo de Meleis e da literatura atrás apresentada permite que se apresente uma sugestão de caracterização da transição para a vida laboral. Assim, esta é uma transição múltipla que envolve diferentes tipos de transição que ocorrem em simultâneo no doente e na família e com relações entre si – transição saúde-doença (recuperação dos défices); transição situacional (da baixa médica para a vida ativa/procura de emprego pelo doente; e da família para o papel de cuidadores); de desenvolvimento (possível reforma antecipada e/ou dificuldades no papel parental).

Este conjunto de transições ocorrerá num período de tempo suficiente para que se crie um reequilíbrio na família e no processo de reabilitação para a vida laboral.

Ainda que não tenham sido identificados na literatura os pontos críticos no processo de transição para a vida laboral podem sugerir-se os seguintes eventos críticos, ressaltando que estes representam hipóteses não verificadas: o início do processo de reabilitação; o momento de avaliação da capacidade para regresso ao trabalho ou em alternativa a mudança de ocupação laboral ou a reforma antecipada; e por fim o processo de procura, aquisição e manutenção de um emprego.

Este subcapítulo procurou caracterizar a natureza da transição para a vida laboral na pessoa que sofreu um AVC. Nas páginas seguintes serão abordadas as condições das transições, nomeadamente, os fatores facilitadores e inibidores pessoais, sociais e da comunidade.



## **2.2 – Condições facilitadoras e inibidoras das transições para a vida laboral na pessoa com AVC**

Segundo Scott D. (2010) a reabilitação tem tido um sucesso limitado no apoio ao regresso ao trabalho por estar geralmente centrada tradicionalmente na recuperação das funções necessárias às atividades de vida diária, negligenciado a reabilitação para o regresso à vida laboral.

Os motivos para este sucesso limitado podem ser analisados segundo o modelo de Meleis, nomeadamente através da análise das condições facilitadoras ou inibidoras da transição de uma situação de doença/baixa médica para o regresso ao trabalho.

Black-Schaffer & Osberg (1990) estudando jovens sobreviventes de AVC identificaram associações negativas entre o regresso ao trabalho e a presença de afasia, tempo de reabilitação e consumo alcoólico prévio. Os autores identificam no estudo estes três fatores como preditivos do regresso ao trabalho, concluindo que as pessoas com maior probabilidade de regresso ao trabalho não estavam afásicas, tiveram períodos mais curtos de reabilitação, tinham valores no índice de Barthel superiores na data de alta e não eram consumidores abusivos de álcool antes do episódio de AVC.

Nalder et al (2012) identificaram igualmente que uma estadia prolongada no hospital e uma integração deficiente na comunidade contribuíam para o aparecimento de eventos negativos no processo de transição.

Por sua vez, Saeki, et al (1993) identificaram como preditores significativos no regresso ao trabalho a ausência de fraqueza muscular, a ausência de apraxia e terem uma ocupação de “colarinho branco”.

Este termo - ocupação de colarinho branco – refere-se à utilização de camisas brancas habitualmente utilizadas em trabalho predominantemente mental e de escritório, em oposição a ocupações de colarinho azul, associadas à utilização de farda em trabalhos maioritariamente manuais.

A capacidade para a marcha corresponde para Vestling, Tufvesson, & Iwarsson (2003) ao fator que cria maior probabilidade de regresso à vida laboral seguido pela ocupação de empregos de colarinho branco e ter preservada a capacidade cognitiva.

Um estudo desenvolvido por Trygged, Ahacic, & Kårehol (2011) demonstrou ainda que os níveis de educação e rendimento eram preditores independentes da probabilidade de regresso à vida laboral, sendo que melhores rendimentos e educação facilitavam este regresso nos primeiros anos após um AVC.

Quando se estuda o regresso precoce ao trabalho os autores Tanaka, Toyonaga, & Hashimoto (2011) identificaram os seguintes previsores de regresso ao trabalho após ajustamento pela idade, sexo e escala de Rankin modificada: as ocupações de colarinho branco em comparação com ocupações de colarinho azul permitiam maior probabilidade de regresso ao trabalho, assim como o índice de Barthel inicial e a empregabilidade na altura da alta. Os autores acrescentam ainda que doentes com incapacidades físicas moderadas e disfunções corticais elevadas tornavam mais difícil o regresso precoce ao trabalho.

Por sua vez Kauranen et al (2013) identificavam como único fator predictor da incapacidade de regresso ao trabalho o número de défices cognitivos precoces.

A ausência ou a situação inversa às condições inibidoras descritas anteriormente são, obviamente, condições facilitadoras do regresso ao trabalho. Contudo, é possível identificar um conjunto de outras condições facilitadoras deste processo de transição.

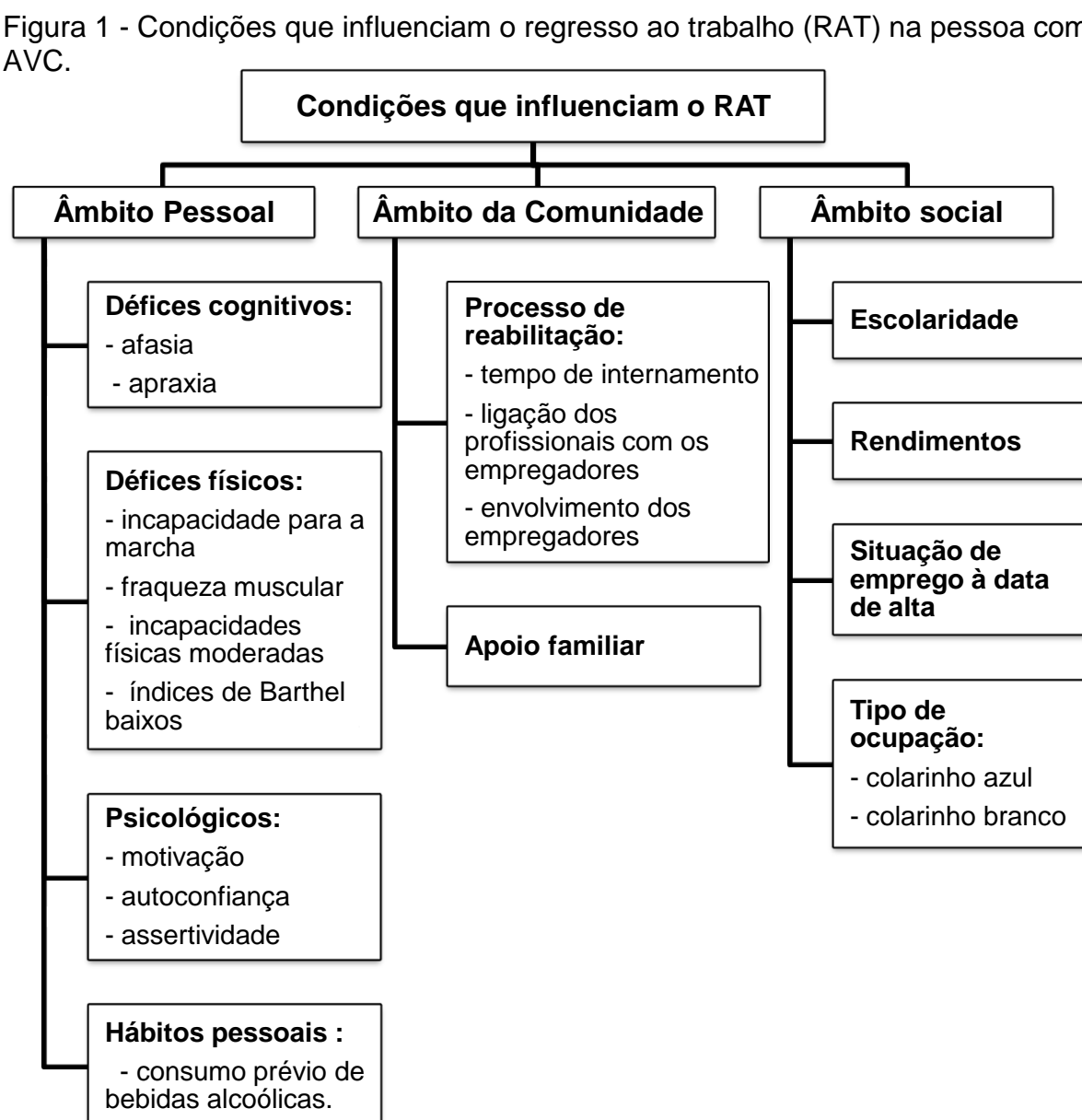
Uma atitude positiva, autoconfiança, determinação, assertividade, motivação e apoio da família são condições facilitadoras identificadas por Busch et al, (2009); Lindstrom et al, (2009); Radford, K. A. & Walker M. F. (2008).

Um regresso faseado ao trabalho, com um horário flexível e num ambiente seguro foi considerado por Scott (2010), como facilitador do regresso ao trabalho da pessoa com AVC permitindo um aumento da capacidade e carga de trabalho. Para o mesmo autor a ligação entre os profissionais de reabilitação e os empregadores é

fundamental para esclarecer os empregadores dos défices e aumentar a sua disponibilidade em colaborar no processo de transição.

Num estudo de Corr & Wilmer (2003) citado por Scott (2010) foram identificados três fatores com impacto no regresso ao trabalho após um AVC: motivação para o regresso ao trabalho; experiência vivida no momento do regresso ao trabalho (influenciada pelas atitudes dos empregadores e colegas); e o apoio no regresso ao trabalho.

A figura em baixo pretende sintetizar as condições identificadas anteriormente e que influenciam o regresso ao trabalho em pessoas que viveram um AVC.



### **3 – A REABILITAÇÃO PARA A VIDA LABORAL**

A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na transição para a vida laboral na pessoa com AVC deve focar-se na correção das condições inibidoras e na promoção e potenciação das condições facilitadoras que no capítulo anterior se sintetizaram.

Num estudo sobre o regresso ao trabalho nos doentes com cancro, Bains, Yarker, Amir, Wynn, & Munir, (2012) concluíram que a informação que é fornecida aos doentes pelos profissionais de saúde não é, geralmente, suficiente pelo que seria necessário conhecer melhor o impacto do cancro e do seu tratamento na capacidade de trabalho, na sua manutenção e no regresso ao trabalho para que o aconselhamento pudesse ser mais personalizado às necessidades de cada indivíduo.

A situação não difere nas pessoas que sobrevivem a um AVC e que tendem a esperar dos profissionais além do aconselhamento geral, o desenvolvimento de competências específicas, o apoio para o regresso gradual ao emprego e um aconselhamento prolongado no local de trabalho - Corr & Wilmer, (2003); Lindstrom et al, (2009), ambos citados por Scott (2010).

Este aconselhamento prolongado é reforçado pelos resultados de estudos de manutenção do emprego após a integração inicial. Para Gilmore, Barry, & Howson (2012), citando Olver et al (1996) 32% das pessoas com uma lesão traumática cerebral que estavam a trabalhar dois anos após a lesão, não estavam a trabalhar passados cinco anos.

Os autores Bains et al. (2012) acrescentavam que o aconselhamento e apoio em relação ao emprego se realizado em fases iniciais do tratamento capacitava os indivíduos a gerir melhor o seu emprego e facilitava a transição de doente para trabalhador ativo. A mesma conclusão é retirada por Scott (2010) que refere que as intervenções de reabilitação vocacional precisam de ser direcionadas precocemente.

A avaliação vocacional determina se um indivíduo tem a capacidade de regressar ao trabalho e inclui a identificação de aptidões e competências

profissionais que determinarão se a pessoa conseguirá regressar ao seu trabalho ou se serão necessárias alterações na sua função laboral, ou mesmo se será necessário escolher uma nova posição ou função. (Japp, 2005).

Assim, a identificação por rotina de funções executivas após um AVC foi identificado por Ownsworth & Shum (2008) como necessário para apoiar os doentes com AVC na identificação de barreiras potenciais na participação em atividades produtivas e para integrar o plano de reabilitação. Para estes autores as funções executivas a que se referem incluem a capacidade de criar um plano de ação, iniciar um comportamento, pensar de forma flexível, resolver problemas e a capacidade de se automonitorizar e autorregular o seu comportamento em qualquer ambiente.

Igualmente importante é a referência recorrente na literatura consultada da importância da ação interprofissional para uma reabilitação com sucesso. Sendo que a ação interdisciplinar encontra definição por Hesbeen (2001) como «uma maneira de funcionar baseada na complementaridade de atores esclarecidos sobre a complexidade do ser humano e animados pela preocupação com a acção do cuidar» (Hesbeen, 2001, p. 69).

Procurando integrar todas estas áreas, Radford, K. A. & Walker M. F. (2008) consideram as seguintes componentes de uma estratégia de sucesso de regresso ao trabalho: estabelecimento claro de objetivos vocacionais; intervenção ao nível biológico, psicossocial e social; e uma abordagem individualizada.

Com base nestas componentes foi possível pesquisar instrumentos que auxiliassem o processo de avaliação pelo enfermeiro especialista em reabilitação.

Mysiw, Corrigan, Hunt, Cavin, & Fish (1989) compararam cinco escalas no que respeita à sua sensibilidade para discernir a preparação para regresso ao trabalho. Foram comparadas as escalas *Functional Assessment Inventory*, a *Rancho de Los Amigos Hospital Levels of Cognitive Functioning*, o *Mini-Mental State* e a *Glasgow Outcome Scale*. Os resultados identificaram que a escala de *Functional Assessment Inventory* apresenta maior poder de discriminação na preparação para a vida laboral, seguida da *Glasgow Outcome Scale*.

Ainda que não se pretenda neste trabalho realizar uma análise de escalas, esta informação permite a identificação de caminhos na escolha de instrumentos, com a noção que outras escalas poderiam ser introduzidas, como o *Reintegration to Normal Living Index* e o índice de Barthel que foi sendo referido anteriormente como importante avaliador da capacidade de regresso ao trabalho.

Apesar de tudo, a maioria das escalas referidas tendem a incidir nos fatores biológicos da reabilitação, tendo grandes limitações na avaliação da motivação e capacidade individual para o trabalho. A pesquisa realizada permitiu identificar um guia de autoavaliação para o regresso ao trabalho construído para sobreviventes de AVC. Este guia, que se inclui em anexo 1, foi desenvolvido pela *Southwestern Ontario Stroke Region* e deve ser preenchido pela pessoa que sofreu o AVC com apoio da família e dos profissionais de saúde. Visa comparar as capacidades atuais com as necessárias ao desempenho da atividade laboral para a qual a pessoa espera regressar. O instrumento pode ser aplicado em várias ocasiões e visa avaliar cinco áreas críticas: capacidade física, comunicação, competências de pensamento, emoções e condução/transporte. Este instrumento integra de forma coerente as características das transições descritas anteriormente.

O enquadramento teórico que precedeu esta fase do documento permitiu suportar as atividades e experiências que no capítulo seguinte se apresentam.

## **4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Este capítulo procurará analisar de forma sistemática as atividades que desenvolvi durante os dois estágios que realizei entre 30 de setembro de 2013 e 14 de fevereiro de 2014.

Esta análise baseia-se no objetivo geral definido no projeto, designadamente adquirir competências enquanto enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação através da intervenção na transição para a vida laboral na pessoa com AVC, e nos objetivos específicos de integrar a prática especializada em enfermagem de reabilitação; desenvolver competências para a elaboração e implementação de programas de treino para o regresso à vida em sociedade; e desenvolver competências para a elaboração, implementação e avaliação de um programa de treino para o regresso à vida laboral, procurando integrar experiências internacionais.

Para cada um destes objetivos específicos estipulei no meu projeto um conjunto base de atividades que deveriam ser realizadas para promover a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Estas atividades podem ser encontradas em apêndice 1.

Neste contexto, apresento de seguida a análise sobre cada um dos objetivos, integrando as atividades realizadas e as competências que fui desenvolvendo.

#### **4.1 Integrar a prática especializada em Enfermagem de Reabilitação**

Para este objetivo específico defini quatro atividades que deveriam ser desenvolvidas em ambos os serviços, cujo desempenho analiso seguidamente.

##### **4.1.1 Integração nas equipas e nas dinâmicas dos serviços.**

A integração em ambos os serviços decorreu de forma ágil e sem dificuldades de maior considerando a excelente atitude das equipas e a abertura com que me receberam, aliadas a minha vontade de aprender. A qualidade desta integração facilitou a criação de um ambiente favorecedor da minha aprendizagem.

Para refletir de forma mais objetiva sobre o modo como a minha integração se refletiu na aquisição de competências decidi fundamentar-me nos níveis de proficiência abordados por Patricia Benner. Assim, a autoavaliação da minha experiência e conhecimentos enquanto enfermeiro de cuidados gerais<sup>2</sup>, permitiam enquadrar-me no nível proficiente considerando a definição da autora – o enfermeiro proficiente «apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas» (...) «Esta compreensão global melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso (...) [o] que lhe permite saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes.» (Benner, 2011, p. 55)

Benner (2001), apoiada no modelo de Dreyfus, refere que a evolução nestes níveis é o reflexo da mudança em três aspetos: a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta; a mudança da perceção das situações do pontual para o global; e a passagem de observador desligado a executante envolvido.

---

<sup>2</sup> Para facilitar a compreensão do leitor, ao longo do documento é utilizado o termo enfermeiro de cuidados gerais ou enfermeiro generalista correspondendo ao título profissional de Enfermeiro.



A autora releva assim o papel da experiência na especialização clínica dos enfermeiros, reforçando a importância da estabilidade para atingir níveis de perito Benner (2001).

Neste enquadramento e da análise da minha perceção de competência no início dos estágios no papel de estudante da especialidade senti-me de regresso aos níveis de iniciado ou iniciado avançado considerando que em algumas matérias não tinha qualquer experiência, embora beneficiasse da vivência e conhecimentos enquanto enfermeiro de cuidados gerais.

Para que a minha aprendizagem e progressão nesta matéria fossem suportados em experiência, conforme definida por Benner, foi fundamental o envolvimento da Enfermeira Especialista DF, no serviço de Pneumologia e da Enfermeira Especialista CS, no serviço de Medicina Física e Reabilitação<sup>3</sup>.

De facto e conforme afirma Benner (2001), os enfermeiros que integram um novo serviço podem regressar ao nível de iniciado. Em alguns aspetos foi assim que me senti, tendo sentido necessidade de um relevante suporte teórico e indicações objetivas que me permitissem o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Por sua vez, a experiência que possuo como enfermeiro de cuidados gerais num serviço de medicina interna permitiu conhecer grande parte das situações clínicas com as quais tive de lidar ao longo dos estágios. Este facto, aliado a modelos de exercício profissional do enfermeiro especialista que conjugam a prática de cuidados gerais com a prática especializada permitiu-me situar-me num grande número de situações num nível de iniciado avançado.

O interessante desta situação é que mesmo quando os modelos de prática conjugavam os cuidados gerais e os cuidados especializados, na verdade, os cuidados gerais prestados eram realizados com um olhar de especialista. Esta diferença no olhar, parece corresponder ao que Hesbeen (2001) denomina de capacidade de inferência que permite «ao prestador de cuidados estabelecer a ligação entre diferentes parâmetros, entre vários aspectos, bem como combinar os

---

<sup>3</sup> Por motivos de proteção de dados pessoais o nome dos Enfermeiros orientadores foi codificado.

seus múltiplos recursos, de os pôr em evidência e de lhes dar pertinência para poder cuidar da pessoa (...)» (Hesbeen, 2001, p. 77). Isto permitiu-me introduzir objetivos da prática especializada nos cuidados que poderiam parecer gerais, conforme se verá em exemplos mais à frente neste documento.

No que se refere às dinâmicas da prática especializada, identifiquei semelhanças nas funções exercidas pelos enfermeiros especialistas nos dois serviços em que estagiei. Em ambos os contextos os enfermeiros especialistas de reabilitação exercem as funções de enfermeiro generalista e especialista simultaneamente, sendo distribuídos com os doentes com maiores necessidades em cuidados de enfermagem.

Acredito que com estas atividades consegui desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade enquanto competência comum do enfermeiro especialista, definida pela Ordem dos Enfermeiros (2011) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (adiante designado RCCEE).

Pude ainda identificar, principalmente no Serviço de Pneumologia, um clima tenso entre os enfermeiros especialistas de reabilitação e os técnicos de fisioterapia. Os papéis, as responsabilidades mas fundamentalmente os limites de atuação de cada grupo profissional pareceram não estar ainda claros, quer para enfermeiros quer para fisioterapeutas o que gerou conflitos pontuais<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Esta sobreposição de atividades, assim como a criação de climas tensos, não é único neste serviço ou mesmo do nosso País. Dalley & Sim (2001) em Inglaterra estudaram a perceção dos enfermeiros sobre os fisioterapeutas na equipa de reabilitação. Neste estudo os enfermeiros valorizavam o papel e contribuição dos fisioterapeutas mas identificavam barreiras para um verdadeiro trabalho interdisciplinar. Para os enfermeiros participantes neste estudo os fisioterapeutas tinham um entendimento insuficiente das exigências e pressões da prática de enfermagem e tinham dificuldade no reconhecimento da autonomia dos enfermeiros no processo de decisão em reabilitação – Dalley & Sim (2001). Em Portugal uma breve pesquisa no motor de pesquisa *Google* para a conjugação dos termos «enfermeiro» e «fisioterapeuta», revela um conjunto significativo de artigos reveladores de uma animosidade interprofissional preocupante que espalha a intervenção dos profissionais de saúde.

Para compreender esta matéria ajuda olhar para a distinção que Hesbeen (2001) apresenta entre equipa multidisciplinar e ação interdisciplinar, sendo a primeira «um grupo com especificidades várias» e a segunda «uma maneira de funcionar baseada na complementaridade de atores esclarecidos sobre a complexidade do ser humano e animados pela preocupação com a acção do cuidar» (Hesbeen, 2001, p. 69). A transição de uma equipa multidisciplinar para uma ação interdisciplinar parece ser um caminho importante a percorrer.

Sobre esta matéria Booth & Jester, (2007) têm opinião semelhante referindo que se pudesse erradicar uma frase nos cuidados de saúde seria «o doente está à espera para ir para reabilitação» (Booth & Jester, 2007, p1). Os autores justificavam afirmando que a reabilitação é um processo não é um local e questionavam porquê e por quem é que os doentes esperavam. Por este motivo os autores afirmavam que a «reabilitação é um processo direccionado por objetivos que integram um conjunto de estadios, com o intuito de devolver o individuo ao seu máximo potencial após a doença ou trauma.» (Booth & Jester, 2007, p1). Neste sentido, o processo deveria começar assim que o doente estivesse medicamente estável.

Relativamente ao conflito acima referido as intervenções da Enfermeira-Chefe e de Enfermeiros Especialistas em níveis de proficiência superiores permitiram construir espaços de trabalho comum, no respeito pelas competências específicas de cada profissional. Esta intervenção conciliadora, em alternativa a uma intervenção de rutura, assim como a vivência deste processo facilitou a aquisição de competências no domínio da promoção de práticas de cuidados que respeitam as responsabilidades profissionais, conforme RCCEE.

Em síntese, considerando o critério de avaliação definido no projeto - «A integração deve criar um ambiente favorecedor da aprendizagem», posso afirmar sem dificuldade que esse clima se criou e manteve desde o início até ao seu final tendo concorrido para a desenvolvimento das minhas competências.

#### 4.1.2 Análise crítica da informação clínica da pessoa

Enquanto iniciado na enfermagem de reabilitação a formulação de diagnósticos de enfermagem especializada em contexto clínico era uma novidade.

Na componente de reabilitação respiratória os meus principais receios prendiam-se com o processo de avaliação do doente, nomeadamente a auscultação, a inspeção, a palpação e a percussão do tórax; a interpretação de exames complementares de diagnóstico (nomeadamente telerradiografia e tomografia computadorizada do tórax); e no processo de implementação de um programa de reeducação funcional respiratória (adiante designado RFR). Por sua vez, na componente sensoriomotora tive preocupação especial com a avaliação neurológica, com avaliação dos défices motores e sensitivos e com a avaliação dos pares cranianos.

Reconheço que esta apreensão inicial se focou em áreas mais técnicas da intervenção do enfermeiro especialista e menos numa visão global da pessoa, em especial da pessoa vulnerável e em situação de transição. Também aqui me parecia evidente que me encontrava num nível de iniciado, conforme Benner apresenta, revelando necessidade em me focar no técnico e objetivo.

Ainda sendo comprometi-me a reforçar o estudo destas matérias e a fundamentar a minha intervenção, nomeadamente os problemas que identifico, os objetivos da minha intervenção e quais as intervenções mais adequadas, com o intuito de basear a minha *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, conforme indica a OE no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.

A preocupação em não errar levou-me a ser bastante minucioso na análise de todos os dados disponíveis, quer no processo clínico, quer junto do doente. Procurei desenvolver em especial a auscultação, a inspeção, a palpação e a percussão do tórax como formas de avaliação o que me permitiu adquirir experiência que até então me eram desconhecidas. De igual modo procurei sistematizar a avaliação clínica da pessoa, nomeadamente do estado de consciência (orientação, memória,

atenção e cálculo, evocação e linguagem); deglutição; força, amplitude e tónus muscular; coordenação e equilíbrio; marcha; sensibilidade e os pares cranianos.

Ao basear a prática clínica em conhecimento atualizado, pude fundamentar a minha intervenção e em alguns aspetos introduzi novas estratégias que não eram utilizadas no serviço – por exemplo a aplicação de massagem com gelo para diminuir a espasticidade e os espasmos numa pessoa com lesão vertebro-medular. A aplicação desta técnica permitiu reduzir a frequência dos espasmos na pessoa, medida pela escala de Penn e reduzir a sua influência na funcionalidade.

No serviço de Pneumologia tive alguma dificuldade na comparação entre uma auscultação normal e uma auscultação com alterações considerando que, naquele serviço, quase todas as auscultações tinham alterações. No mesmo sentido, também a avaliação dos valores da gasometria em alguns doentes apresentava valores extraordinariamente fora dos parâmetros considerados normais. O facto de estas pessoas conviverem diariamente com aqueles valores impressionou-me e demonstrou a forma como o organismo se consegue adaptar a situações limite.

Para resolver esta questão procurei no meu local de trabalho (Serviço de Medicina Interna) reforçar esta técnica validando a minha auscultação com a da Enfermeira Especialista do meu serviço, assim como com outros profissionais. Esta estratégia trouxe um ganho acrescido e facilitou-me a descrição correta dos sons pulmonares.

Em síntese e considerando o critério de avaliação que defini no meu projeto para esta atividade - «Esta análise deve permitir recolher informação que fundamente os diagnósticos de enfermagem, integrando os conhecimentos teóricos necessários» - considero ter respondido integralmente a este critério.

### 4.1.3 Implementação de escalas e instrumentos de medida.

A este respeito considero ter tido oportunidade de utilizar um conjunto significativo de escalas e instrumentos de medida em ambos os serviços. Isto

permitiu sistematizar a minha avaliação inicial, assim como o impacto da reabilitação.

No serviço de pneumologia as escalas utilizadas são aconselhadas pela Direção Geral de Saúde na Circular Informativa n.º 40A/DSPCD que integra Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). As escalas são as seguintes: HADS – Escala de Ansiedade e Depressão; Questionário de dispneia (*Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*); Escala *London Chest Activity of Daily Living*; Euro Qol e a *The St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ. Qualidade de vida).

Estas escalas permitem avaliar o impacto da DPOC nos níveis de ansiedade e depressão, no grau de dispneia e na qualidade de vida da pessoa. São igualmente instrumentos úteis para avaliar o impacto da intervenção da equipa de saúde.

Além destas escalas o serviço tem instituída a avaliação da Escala de Borg (dispneia), do Índice de Barthel (Escala de Barthel Modificada), uma tabela de avaliação inicial e final do programa de reabilitação respiratória e outra de avaliação do programa de reeducação funcional motora. Estas duas últimas tabelas são unicamente utilizadas pela equipa de enfermeiros especialistas em reabilitação e permitem avaliar o estado da pessoa no início e final do tratamento ao longo do programa, assim como o registo sistemático das intervenções efetuadas.

A maioria destes instrumentos eram desconhecidos para mim, sendo que não utilizava nenhuma destas escalas usualmente na minha prática. O conhecimento destas escalas e a sua aplicação permitiu-me sistematizar o meu processo de avaliação inicial da pessoa em programa de reeducação funcional respiratória e monitorizar a sua evolução reduzindo a subjetividade na avaliação.

Não tive dificuldades em especial na sua aplicação. Identifiquei, contudo alguma renitência dos doentes em responder a questionários longos devido a alguma fadiga que apresentavam.

No segundo estágio as escalas que utilizei de forma mais frequente foram a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Barthel, da escala ASIA (*American Spinal Cord Injury Association Impairment Scale*) para caracterização da

lesão medular, da escala de Lower para a avaliação da força muscular, a escala de Ashworth Modificada para avaliar a espasticidade, a Escala de *Lyon Universite* e de Penn para os espasmos e automatismos musculares; e o exame mini-mental para avaliação da orientação, memória, atenção e cálculo, evocação e linguagem.

A dada altura no meu segundo estágio senti necessidade de um instrumento que sistematizasse no mesmo espaço a maioria das escalas utilizadas na avaliação sensoriomotora de uma pessoa. Com o apoio da Enf.<sup>a</sup> Especialista CS e da Professora VMP, tive oportunidade de desenvolver um instrumento que denominei «*checklist* de avaliação neurológica» que permitiu integrar um conjunto de escalas e a sistematizar a avaliação dos pares cranianos. Não era espectável que a *checklist* fosse avaliada integralmente em todos os doentes, mas que pudesse ser aplicado conforme a necessidade pelos diferentes profissionais do serviço. Este instrumento foi organizado de forma a avaliar oito áreas: consciência; fala; deglutição; força, amplitude e tónus muscular; coordenação e equilíbrio; marcha; sensibilidade e os pares cranianos. Pode encontrar-se este instrumento em apêndice 2.

Pude identificar como constrangimento a existência de um processo de enfermagem informatizado que não incorpora a prática especializada, nomeadamente a utilização destas escalas. Esta limitação dificulta a homogeneidade da informação clínica recolhida, considerando que mantém metade da informação em modelo digital e outra metade em versão papel. Dificulta ainda a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, em especial da enfermagem especializada em reabilitação. No meu local de trabalho temos planeado iniciar este ano a utilização de um sistema digital de registo de informação clínica, pelo que esta experiência me permite ter informação relevante para aportar na parametrização deste sistema.

Esta atividade e a anterior foram fundamentais no meu processo de desenvolvimento de competência para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades conforme definido pela (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (RCEEEER).

Em síntese e considerando o critério de avaliação definido no projeto - «Esta implementação deve alimentar o processo de avaliação do doente em cuidados de enfermagem», considero ter compreendido a importância do correto preenchimento das escalas e instrumentos de avaliação o que trouxe mais-valia para o processo de enfermagem e para o desenvolvimento das minhas competências nesta matéria.

### 4.1.4 Realizar diagnósticos de enfermagem especializada

A preocupação que tive na avaliação dos doentes e que descrevi anteriormente permitiu-me recolher informação suficiente para construir quadros-síntese das necessidades da pessoa que tinha a meu cuidado, com especial incidência nas alterações respiratórias no primeiro estágio e globais no segundo estágio.

Conforme referi anteriormente as seis semanas do meu primeiro estágio focaram-se essencialmente na componente técnica. Contudo, no segundo estágio acredito ter sido capaz de evoluir nos aspetos que o modelo de Dreyfus, apresentado por Benner (2011), referia, ou seja consegui evoluir de uma confiança baseada em princípios abstratos à utilização de experiências concretas; consegui olhar para as situações de um ponto de vista global; e assumir-me como executante envolvido no processo de reabilitação.

Fui capaz de elaborar diagnósticos adequados para orientar a intervenção, bem como as suas limitações. O cuidado que tive na avaliação exigiu o investimento de tempo significativo mas permitiu-me identificar contraindicações a certas técnicas de reeducação funcional respiratória que poderiam ter passado despercebidas numa abordagem mais ligeira, designadamente a identificação de uma possível luxação do ombro. Esta atitude de rigor que mantive ao longo dos estágios permitiu que assimilasse a competência de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, conforme definido RCCEE.

Durante as primeiras semanas do segundo estágio tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a uma pessoa com lesão completa



vertebro-medular. Esta experiência permitiu-me identificar um conjunto amplo de diagnósticos de enfermagem especializada dando suporte a um processo de transição múltiplo, que envolve pequenas transições que estão a ocorrer em simultâneo ao longo de um período de tempo prolongado e que é criador de mudanças na identidade, no papel social e no comportamento da pessoa.

Os diferentes tipos de transição ocorrem em simultâneo no doente e na família e têm relações entre si – transição saúde-doença (recuperação dos défices); transição situacional (no doente – da baixa médica para a vida em sociedade e procura de emprego; na família para o papel de cuidadores); de desenvolvimento (possível reforma antecipada; dificuldades na manutenção e reconstrução da identidade).

Conforme refere Meleis (2010) as condições inibidoras de âmbito pessoal envolvem o significado da transição, as crenças culturais, o estatuto socioeconómico e os conhecimentos da pessoa. No caso desta pessoa as condições referidas influenciaram significativamente a evolução no processo de reabilitação, conforme apresentarei seguidamente.

A transição saúde-doença neste indivíduo ocorreu de forma brusca num acidente de viação, tendo colocado a pessoa numa situação de vulnerabilidade ao nível físico, psicológico e social.

Ao nível físico ocorreram um conjunto de alterações introduzidas pelos défices motores e sensitivos que originam dependência de terceiros na realização das AVD. Ao nível psicológico e estabilidade emocional estava registado em diário clínico humor depressivo em acompanhamento esporádico pela psicologia e medicado com sertralina 50mg/dia. À observação o doente apresenta-se geralmente bem-disposto, ocorrendo episódios de tristeza e desânimo quando se confrontava com dificuldades na realização de atividades habituais – vestir, despir ou eliminação. A minha pesquisa sobre esta matéria permitiu identificar que a depressão é uma reação psicológica à perda que surge mais cedo ou mais tarde em todas as pessoas com lesão vertebro-medular (adiante designado LVM). Esta fase está associada ao luto e à necessidade do sujeito se transformar para voltar a ser quem era, mesmo que fisicamente diferente (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Ao nível social a pessoa tinha-se isolado da contacto social recusando-se a sair do serviço e a contactar socialmente com colegas de trabalho porque não queria que “vissem o aleijadinho”, conforme se denominava. Estas três alterações permitiram definir 12 diagnósticos, a saber: incapacidade para se vestir e despir de forma independente; incapacidade na mobilização no leito de forma independente; incapacidade para adquirir a posição sentada na cama de forma independente; incapacidade para a mobilização autónoma de forma independente; risco de perda de massa muscular associada à imobilidade e terapêutica antispástica; risco de úlceras de pressão associada a anestesia abaixo de D4 e manifestado pela incapacidade de identificar a necessidade de mudar de posição; risco de obstipação associado a intestino neurogénico reflexo; incapacidade para cuidados de higiene associados à eliminação intestinal manifestada pela necessidade de ajuda total nos cuidados de higiene em dia de treino intestinal; risco de infeção urinária associado à presença de sonda vesical por bexiga neurogénica; autoimagem alterada, associada a paraplegia e manifestada por discurso triste; alteração da expressão da sexualidade associada a paraplegia e manifestada pela expressão verbal desta dificuldade; risco de isolamento social e de abandono da vida laboral, associado à paraplegia.

Considero que esta experiência permitiu-me desenvolver um conjunto de competências de diagnóstico de necessidades em cuidados de enfermagem especializada muito relevantes e que vão de encontro à competência para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades conforme definido no RCEEEER.

Em síntese e considerando o critério de avaliação definido - «A realização destes diagnósticos deve permitir a estruturação de planos de intervenção» considero ter desempenhado com sucesso esta atividade.

## **4.2 Elaboração e implementação de programas de treino para o regresso à vida em sociedade**

O segundo objetivo que defini no projeto traduz a necessidade de adquirir competências no planeamento e intervenção sistematizada como enfermeiro especialista de reabilitação. Este objetivo deveria ser operacionalizado tendo como base cinco atividades específicas cujo desempenho analiso de seguida.

### **4.2.1 Avaliação de funcionalidade e diagnóstico de alterações**

Esta atividade aprofunda as atividades desenvolvidas no objetivo anterior nomeadamente na análise crítica da informação clínica disponível, na implementação de escalas e instrumentos de medida e na realização diagnósticos de enfermagem de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa. Este aprofundamento além de permitir uma maior incidência no diagnóstico de alterações que limitam a reintegração social, integra a elaboração de planos de reabilitação individualizados, a sua implementação e avaliação de resultados.

Nesta área assumiu particular relevo a identificação em vários doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (adiante designada de DPOC) de dois ciclos de dispneia. O primeiro que identifiquei diz respeito ao ciclo dispneia – imobilidade – dispneia, que se poderia descrever do seguinte modo: sintomas como a dispneia e a fadiga muscular, levam à intolerância ao exercício, que, em conjunto com questões comportamentais nomeadamente comportamentos depressivos despoletam estilos de vida pouco ativos. Esta inatividade física promove descondicionamento muscular, diminui a tolerância ao esforço, tornando a dispneia mais frequente - Troosters et al. (2013).

O segundo ciclo que tive oportunidade de assistir correspondia ao ciclo dispneia – ansiedade – dispneia que se pode descrever como: a dispneia leva à



p. 3) que define e separa os termos deficiência, incapacidade e desvantagem. O primeiro é um desvio face à norma fisiológica, o segundo é a consequência funcional da deficiência, e o terceiro como inferioridade ou dificuldade face a eventuais concorrentes. Contudo, o autor relembra-nos que «uma deficiência ou incapacidade (...) não conduz invariavelmente à desvantagem ou, pelo menos à desvantagem permanente.» (Hesbeen, 2001, p. 4). Hesbeen dá-nos o exemplo da pessoa com paraplegia que ao nadar a sua deficiência deixava de ser uma desvantagem.

Neste aspeto, foi importante apresentar à pessoa objetivos que permitissem reduzir os momentos em que esta se encontrava em desvantagem face a uma determinada tarefa, por exemplo o controlo da gestão da eliminação intestinal. Este processo permitiu quebrar um ciclo vicioso de incapacidade para determinada tarefa gerar atitudes depressivas que aumentavam a sua dependência de terceiros.

O modo como se quebram estes ciclos tem ganhos com a utilização do modelo de Meleis (2010), nomeadamente trabalhando o âmbito individual desta transição doença-saúde, em especial trabalhando o conhecimento que o indivíduo tem da existência destes ciclos viciosos e desconstruir mitos de incapacidade. Estas experiências vividas permitiram-me identificar a importância de criar pontos de negociação intermédios que promovam a adesão ao processo de reabilitação.

O envolvimento familiar e a adaptação estrutural do domicílio foi outra área na qual procurei intervir para apoiar o regresso à vida fora do hospital. Tive oportunidade de apresentar e analisar com os doentes e famílias alternativas para a reorganização do espaço, nomeadamente sobre a disposição do mobiliário e a sua acessibilidade. Sobre esta matéria senti necessidade de pesquisar sobre a readaptação de veículos automóveis de forma a sugerir alternativas de mobilidade. Esta foi uma área interessante de intervenção, considerando que permitiu trabalhar ao mesmo tempo a área da mobilidade, da autoestima e da construção de perspetivas para o futuro, desconstruindo ideias de invalidez e de dependência permitindo maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, conforme RCEEER.

Num doente específico o regresso à vida em sociedade foi uma área de interação específica numa pessoa que mantinha recusa em sair do serviço, quer

fosse simplesmente passear nos jardins da instituição, quer a ida a jantares e almoços da empresa onde trabalhava e para os quais era convidado.

A identificação e intervenção sobre fatores inibidores nesta área (receio de cair devido aos espasmos musculares; problemas relacionados com a incontinência vesical; ideias negativas sobre deficiência, e autoimagem alterada) permitiu construir a confiança necessária para permitir que a pessoa conseguisse passear no exterior do serviço e posteriormente integrasse o almoço de natal da empresa. Esta reintegração faseada na vida em sociedade permitiu ganhos de autoestima à pessoa muito relevantes. Esta atividade foi um exemplo importante do desenvolvimento das minhas competências para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados e para capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, conforme definido no RCCEEER.

Em síntese e considerando o critério de avaliação definido no projeto para esta atividade - «A avaliação deve permitir identificar os fatores que podem ser trabalhados com vista ao regresso a uma vida em sociedade», considero ter executado esta atividade com sucesso.

### 4.2.2 Identificação de fatores motivacionais da pessoa

As pessoas com doença respiratória crónica que tive oportunidade de cuidar assumiram uma característica motivacional diferente da pessoa com doença respiratória aguda, nomeadamente no que se refere à adesão ao programa de RFR. Enquanto a pessoa com doença respiratória aguda adere com facilidade aos exercícios propostos pelos profissionais, a pessoa com doença crónica (DPOC ou cifoescoliose grave foram dois exemplos que assisti) tendem a ser mais renitentes à implementação do programa de RFR.

Expressões como: “estou muito cansado para fazer exercícios” ou “hoje não consigo” eram frequentes mesmo quando os parâmetros clínicos observáveis não contraindicavam a implementação da RFR. A expressão destes sentimentos

baseavam a recusa da pessoa aos cuidados prestados quer por enfermeiros especialistas, quer por terapeutas. Tais experiências reforçaram o impacto que os ciclos de dispneia referidos anteriormente têm sobre a reabilitação destes doentes. De facto, conforme refere Troosters et al. (2013) na pessoa com patologia respiratória a fadiga e a dispneia tornam o exercício numa experiência desagradável que muitos pacientes tentam evitar.

O conhecimento desta realidade permitiu elaborar objetivos de reabilitação que enquadrassem condições facilitadoras para uma transição que permitisse padrões de resposta adequados nomeadamente a ligação e interação com o processo de reabilitação, assim como desenvolvimento de confiança e de *coping* relativamente às crises respiratórias.

A construção de uma relação de confiança com estes doentes permitiu-me, com um misto de assertividade e de flexibilidade na gestão de horários das intervenções, ir introduzindo progressivamente os exercícios que estavam programados.

Num caso particular um doente com DPOC num estadio avançado (GOLD IV) recusava todo e qualquer exercício respiratório, independentemente do profissional que o realizasse por se sentir “com demasiada falta de ar para exercícios”. Este doente tinha valores que revelavam retenção de CO<sub>2</sub> arterial e valores baixos O<sub>2</sub> arterial, tendo necessidade de ventilação não invasiva (VNI) que o doente recusava porque lhe causar “ainda mais falta de ar”. Optei por negociar com a pessoa o estabelecimento de objetivos de RFR exclusivamente de intervenção no ciclo dispneia-ansiedade, referindo que não faria qualquer outro exercício. Este passo foi especialmente importante para construir uma relação de confiança que me permitiu implementar o programa de RFR completo, incluindo a reintrodução de VNI, numa pessoa que estava presa num ciclo vicioso de dispneia. De facto, a desconstrução destes processos de recusa e dos motivos que a justificavam permitiram que o doente escolhesse quais os cuidados que queria receber, em alternativa à imposição ou à ausência de cuidados. Este Poder de Transformação que os enfermeiros desenvolvem, conforme Benner (2001, p. 231) descreve, permite ganhos na adesão aos cuidados muito significativos, muito gratificantes e respeitadores da autonomia da pessoa

Esta foi uma aprendizagem relevante e um passo importante no desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção do enfermeiro especialista, conforme RCCEE. De facto, o Código Deontológico do Enfermeiro estabelece como valor universal a observar na relação profissional entre o enfermeiro e a pessoa a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum – Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009).

A sistematização dos fatores motivacionais da pessoa foi facilitada pela aplicação de duas escalas específicas – a Escala de Ansiedade e Depressão e o questionário *St. George's Respiratory Questionnaire*. Este último questionário, por ser bastante completo e avaliar o impacto da doença na qualidade de vida da pessoa, permitiu-me identificar os fatores motivacionais de cada pessoa especificamente. Na posse desta informação a negociação com a pessoa tornava-se consideravelmente mais fácil.

No doente com lesão vertebro-medular os fatores motivacionais têm igualmente uma expressão muito significativa, conforme pude observar ao longo do meu estágio. Foi comum identificar no diário clínico e de enfermagem a referência a depressão e humor depressivo. A Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 51) no Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular considera que não deve confundir-se depressão com a tristeza associada ao episódio e os profissionais devem conseguir distinguir as diferenças entre o quadro de luto e de depressão. Assim na depressão encontram-se sentimentos de culpa e inferioridade, baixa de autoestima, apatia e desmotivação; enquanto no processo de luto existe consciencialização da incapacidade de realizar os projetos anteriores e da necessidade de elaborar um novo projeto compatível com as capacidades atuais.

Numa das pessoas que acompanhei pude identificar a existência deste padrão de resposta depressivo, caracterizado pela manifestação de sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, identificáveis em frases repetidas como «ajude aqui o entevadinho» e apatia e desmotivação, identificáveis por episódios de desânimo e abandono da atividade quando se confronta com dificuldades na realização de atividades habituais – vestir, despir ou eliminação.



Para Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 51) a depressão é uma reação psicológica à perda que surge mais cedo ou mais tarde em todas as pessoas com lesão vertebro-medular. Refere ainda que esta fase está associada ao luto e à necessidade do sujeito se transformar para voltar a ser quem era, mesmo que fisicamente diferente.

Para conseguir alcançar um melhor padrão de resposta, em especial nos indicadores de processo que permitam uma maior adesão ao programa de reabilitação e o desenvolvimento de confiança que permita a evolução foi necessário procurar que a pessoa tomasse consciência da transição que vivia. Este processo não foi simples, conforme apresentarei mais à frente.

Em síntese considero ter atingido o critério de avaliação definido para esta atividade - «A identificação deve ser elaborada de forma sistemática, ainda que individualizada».

### 4.2.3 Elaboração de planos de reabilitação individualizados

A elaboração de planos de reabilitação decorre naturalmente da avaliação que foi realizada nas atividades anteriores. A aplicação de escalas, a avaliação de meios complementares de diagnóstico e a observação do doente permite realizar os diagnósticos de enfermagem especializada, estabelecer os objetivos e planear as atividades.

No estágio no serviço de pneumologia tive oportunidade de estabelecer planos de cuidados para diferentes pessoas em diferentes situações clínicas. Num caso particular uma pessoa apresentava alterações na eficácia respiratória relacionada com a infeção respiratória e manifestada por insuficiência respiratória global; uma diminuição de eficácia da mecânica ventilatória relacionada com a alteração da estrutura óssea e morfologia pulmonar manifestada por cansaço em subidas superiores a 10 metros, pela necessidade de escolher empregos com esforços reduzidos e por infeções respiratórias de repetição; e a presença de hábitos alcoólicos que aumentava o risco de afeções pulmonares (fumo passivo em locais

de consumo), de depressão do centro respiratório (alcoolemia elevada) e de baixa adesão à terapêutica.

Neste doente foi possível elaborar um plano de cuidados com os objetivos de assegurar a permeabilidade das vias aéreas, mobilizar e expulsar secreções; aumentar a capacidade pulmonar e melhorar a distribuição e ventilação alveolar; aumentar a tolerância a esforços; reduzir consumos alcoólicos e melhorar a adesão à terapêutica. Com os objetivos estabelecidos implementei um conjunto de atividades que passaram por um programa de RFR que permitisse reeducar para o esforço ao mesmo tempo que se faziam ensinamentos sobre a importância do cumprimento terapêutico e de proteção em relação ao fumo passivo e ao consumo alcoólico.

No estabelecimento de planos, procurei que estes fossem sempre o mais completos possível. Percebi a dada altura, por indicação da Enfermeira Especialista Dulce, que deveria fazer escolhas e priorizar intervenções considerando o possível cansaço do doente, a necessidade de gestão de expectativas dos profissionais e do doente e a necessária gestão do tempo. Esta foi uma aprendizagem importante. Ainda que conceitualmente esta priorização dos planos de cuidados não me fosse desconhecida, na verdade tornava-se difícil excluir determinadas técnicas, especialmente as respiratórias, quando estas poderiam ter utilidade. Benner (2001, p. 174) analisa esta capacidade como uma evolução do estado de iniciado para o estado de competente, sendo que o enfermeiro adquire o sentido do que é ou não importante.

Esta aprendizagem levou-me a integrar nos planos de cuidados um desfasamento nas datas de início de implementação das intervenções. Este desfasamento permitia continuar a trabalhar com pessoa todos os diagnósticos que elaborava, mas priorizando áreas fulcrais para a estabilidade clínica do doente, para a recuperação dos seus défices e da sua autoconfiança.

A minha experiência com pessoas com lesão vertebro-medular foi muito enriquecedora no que se refere ao planeamento de cuidados. De facto, a transição brusca que estas pessoas sofreram introduziu um conjunto muito relevante de

alterações em necessidades básicas que tornam premente a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Durante as primeiras semanas do meu segundo estágio tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação por um período longo a uma pessoa com lesão completa vertebro-medular. Este acompanhamento prolongado permitiu-me estabelecer um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação abrangente envolvendo o apoio num processo de transição que é múltiplo e a ocorrer em simultâneo ao longo de um período de tempo prolongado criando mudanças na identidade, papel social e comportamentos da pessoa.

Assegurar uma transição entre a pessoa saudável e a pessoa saudável mas com défices motores que devem ser compensados com outras técnicas, exigiu da pessoa e do enfermeiro de reabilitação um trabalho dedicado e contínuo.

Neste contexto, consegui cumprir o critério de avaliação que estipulei no projeto, incidindo os meus planos nas áreas a ser trabalhadas, estipulando objetivos de curto, médio e longo prazo.

### 4.2.4 A implementação de planos de cuidados

No âmbito da reabilitação na área respiratória consegui aplicar um conjunto de técnicas que desconhecia ou que não utilizava enquanto instrumento de intervenção enquanto enfermeiro.

Tive oportunidade, em diferentes situações clínicas, de aplicar técnicas de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, treino de respiração abdomino-diafragmática, reeducação costal global e seletiva, manobras acessórias (percussão, vibração, compressão), drenagem postural clássica e modificada e terapêutica de posição.

Reconheço que intervir na área respiratória só é efetivo quando se integra a reeducação ao esforço, e do mesmo modo, não se consegue capacitar a área motora quando coexistem dificuldades respiratórias. A Direção Geral de Saúde

afirma isso mesmo, quando refere que o treino ao esforço é o «componente nuclear e aglutinador do programa de RR (evidência A). Deve associar-se o treino de endurance ao da força muscular, envolvendo membros inferiores e superiores. Não se recomenda, por rotina, o treino dos músculos respiratórios.» - Direção Geral de Saúde (2006, p. 1). Acrescenta que deve «ser administrado O<sub>2</sub> a doentes hipoxémicos em repouso e aos que dessaturam no esforço» - Direção Geral de Saúde (2006, p. 1).

Considerando esta evidência, foi minha preocupação realizar o treino de esforço que permitisse um desenvolvimento de um programa de reabilitação respiratória que fosse promotora da funcionalidade global da pessoa.

Devo referir que me senti mais confortável na implementação de técnicas de apoio à área sensoriomotora e de treino de esforço. Individualmente tinha já adquirido um conjunto de conhecimentos na área de enfermagem no desporto e desenvolvidas competências neste contexto de prática que me permitiu construir estes novos conhecimentos sobre a base que já possuía. Este facto permitiu-me implementar técnicas de enfermagem de reabilitação nesta área de forma facilitada.

No que se refere a técnicas na área respiratória tive de realizar um maior esforço para compensar a inexperiência que tinha na sua implementação. Saber onde colocar as mãos, qual a força a usar, os tempos de cada exercício e/ou o número de repetições foram aprendizagens que fui adquirindo e que me permitiram ir desenvolvendo competências nesta área.

Durante o segundo estágio tive oportunidade de reabilitar pessoas com lesão medular e com acidente vascular cerebral para a realização das atividades de vestir e despir, o controlo da eliminação (nomeadamente com algalias intermitentes através da autoalgaliação), a mobilidade no leito, as transferências cama-cadeira-cama, a adaptação à mobilidade em cadeira de rodas, os cuidados de higiene e a gestão da sexualidade.

Em algumas situações identifiquei resistência por parte das pessoas ao estímulo à independência, sendo comum a referência à necessidade de não perder tempo. Booth & Jester, (2007) abordam esta matéria quando referem que os enfermeiros, os doentes e familiares vêm com dificuldade a mudança de um

enfermeiro que faz as coisas pelo doente para o enfermeiro que encoraja a independência. Os autores acrescentam que o papel dos enfermeiros especialistas no processo educativo dos diferentes atores deve permitir abraçar um modelo de «*enlightened withdrawal of support*» o que requer uma mudança significativa no pensamento e cultura dos enfermeiros para se sentirem confortáveis na adoção de uma abordagem de retirada de mãos para maximizar a independência. Para os autores isto requer um afastamento de um ritual mental de despachar os cuidados.

A dinâmica de cuidados do SMFR do HCC obriga à coordenação da intervenção de diversos elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, avaliação médica e, claro, o tempo para o repouso e atividades de vida da própria pessoa. A coordenação destes diferentes elementos coloca pressão adicional na gestão do tempo. Apesar disto, consegui desenvolver atividades de compensação de défices e estímulo à independência sem transpor esta pressão para o doente, ou para os profissionais que comigo coordenaram. Acredito ter gerido o tempo de cuidados de forma tranquila, o que transmitiu segurança à pessoa para investir o tempo que necessitasse a aprender novas estratégias para compensar os seus défices. Este processo foi bastante gratificante.

Nesta área, a pesquisa que fui efetuando permitiu-me introduzir inovações na prática do serviço, nomeadamente a utilização de crioterapia nos espasmos e espasticidade do doente com lesão vertebro-medular. Esta intervenção permitiu reduzir a frequência e a intensidade de espasmos musculares medido pela Escala de Penn, o que permitiu aumentar a independência da pessoa nas transferências cama-cadeira com a consequente melhoria na autoconfiança do doente.

Do mesmo modo, os planos de cuidados que implementei permitiram alterar rotinas no cuidado a alguns doentes com lesão vertebro-medular, nomeadamente na gestão e treino intestinal, reduzindo ou eliminando o uso de dispositivos de contenção (fraldas). Isto foi possível, estabelecendo um plano com um horário específico para administração de supositório laxante e para o levante que permitiu que a eliminação ocorresse na sanita e não no dispositivo de contenção.

Este processo aliado ao treino de auto esvaziamento vesical, incluindo o balanço hídrico rigoroso e registo de perdas, permitiu faseadamente substituir a fralda por roupa interior do doente. O doente que no início estava renitente a esta opção, poucos dias depois já não aceitava o dispositivo de contenção quando lhe era oferecido. Este pequeno passo, trouxe qualidade de vida à pessoa e melhorou claramente a sua autoestima.

Pude ainda desenvolver atividades de treino na área da fala, em especial realizando treino de memória visual, verbal e espacial, exercícios de evocação e de repetição num doente com AVC e num segundo doente com hipoxia cerebral. Nesta área, devo realçar que observei o desenvolvimento de ações interdisciplinares entre os enfermeiros de reabilitação e os terapeutas da fala, o que permitiu implementar um plano com objetivos conjuntos e intervenção partilhada em benefício da pessoa.

Pude ainda assistir e intervir na utilização do aparelho artromotor numa pessoa submetida a prótese total do joelho, embora não tenha esta diretamente envolvido no estabelecimento e implementação do plano de reabilitação para esta doente.

Neste contexto, acredito ter desenvolvido estágios de qualidade, promotores do desenvolvimento das competências necessárias ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em especial cuidar de pessoas com necessidades especiais, nos contextos da prática de cuidados que estive inserido; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Tive sempre o cuidado de aplicar as técnicas tendo por base o diagnóstico de enfermagem, conforme o critério de avaliação que estabeleci no projeto.

Integrado nas competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente na área da intervenção na melhoria da qualidade e no desenvolvimento de uma prática clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento fiz pesquisas e compilei artigos recentes sobre matérias da especialidade que culminou na construção de um dossier com os temas: crioterapia e espasticidade; disfagia e risco de aspiração – avaliação e intervenção;

avaliação de afasias; exercícios de neuroestimulação e avaliação dos pares cranianos. Este documento ficou em aberto para continuar a ser construído pelos enfermeiros do serviço.

Tive ainda oportunidade de realizar a mediação cultural, em especial linguística com um utente com lesão vertebro-medular de nacionalidade russa, através da retroversão de um panfleto sobre autoavaliação para russo através da utilização de *software* apropriado. Este processo permitiu transmitir à pessoa os conhecimentos sobre esta técnica permitindo o desenvolvimento de maior independência na sua execução. Permitiu ainda uma alegria à pessoa que teve oportunidade de ler algumas palavras na sua língua materna. Esta experiência levou-me a pesquisar sobre recursos que os serviços de saúde tenham disponíveis para permitir esta sensibilidade cultural. Identifiquei um Serviço de Tradução Telefónica realizado pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Este serviço é gratuito e visa quebrar parte da barreira linguística que separa os serviços de saúde dos utilizadores que não falam português. Após esta pesquisa disponibilizei este contacto no serviço.

#### 4.2.5 Avaliação da evolução da pessoa e adequação do planeado.

A monitorização da evolução da pessoa é fundamental para identificar os resultados da intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros especialistas e tenho claro para mim, que os ganhos em saúde não são exclusivamente decorrentes da intervenção de enfermagem, sendo resultado da ação interdisciplinar, conforme referia Hesbeen (2001).

Neste contexto, uma parte importante da avaliação ocorreu no âmbito das reuniões da equipa multidisciplinar. Durante estes momentos tive oportunidade de ouvir atentamente as avaliações dos diferentes profissionais relativamente ao progresso da pessoa e ao plano que era estabelecido para o internamento. A minha progressiva integração nas equipas, aliado ao cuidado que tive em fundamentar as minhas intervenções, foi-me permitindo envolver na discussão dos planos, análise

de resultados e decisão sobre reajustes necessários que ocorria nestas sessões clínicas. Acredito que esta atitude favoreceu o meu envolvimento na equipa, o que permitiu que a minha opinião fosse levada em consideração na construção da ação interdisciplinar.

Sobre a avaliação do progresso da pessoa propriamente dita a utilização de escalas foi extremamente útil para identificar a tolerância da pessoa ao programa de reabilitação e os ganhos decorrentes da intervenção dos diferentes profissionais.

Na componente respiratória os instrumentos que utilizei de forma privilegiada foram a escala de Borg, o índice de Barthel, a observação, a auscultação e a análise dos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente a telerradiografia do tórax e a gasometria. Estes instrumentos permitiram-se identificar a evolução, estagnação ou deterioração da situação clínica do doente, permitindo ajustar a minha intervenção ou encaminhar para outro profissional quando as necessidades da pessoa não enquadrassem o âmbito das minhas competências.

Na componente de funcionalidade motora a identificação de resultados foi suportada na utilização das escalas Medida de Independência Funcional (MIF) e no índice de Barthel. As características destas escalas tornam-nas altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, considerando que permitem a monitorização da independência no autocuidado, controlo dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social na MIF e o controlo de eliminação intestinal e vesical, a higiene pessoal, o uso da sanita, a alimentação, a transferência leito – cadeira de rodas, a mobilidade, o vestir, o uso de escadas e o banho no caso do índice de Barthel.

Neste sentido, no estágio que tive oportunidade de realizar no serviço de MFR do HCC - CHLC realizei diagnósticos, planos de cuidados e implementei intervenções que foram sendo sistematicamente medidas através destas escalas. O desempenho das atividades dos doentes foi melhorando progressivamente, o que foi objetivável pela evolução nos valores das escalas MIF e Barthel que utilizei na avaliação inicial e na monitorização da evolução. Os valores destas escalas eram igualmente tidos como referência nas sessões clínicas com a equipa multidisciplinar.



Apesar da evolução motora da maioria dos doentes, o processo de transição em algumas destas pessoas manteve-se incompleto. Isto foi particularmente evidente numa pessoa com lesão vertebro-medular de quem cuidei. Foi visível que na vertente psicológica a aceitação dos défices motores e sensoriais ainda não tinha ocorrido. Expressões como «Sr. Enfermeiro ajude aqui o entrevadinho», ou «mais valia ter morrido» eram frequentes, ainda que globalmente o humor estivesse eutímico. Tais expressões são reveladoras de dificuldades no desenvolvimento de confiança e de *coping* com a situação.

A própria envolvência no processo de reabilitação variava consideravelmente consoante o enfermeiro que estivesse responsável pelos cuidados em determinado dia – a tendência do doente era solicitar primeiro ajuda para realizar as atividades, mesmo para as tarefas que já conseguia executar de forma independente. Apenas quando e se o enfermeiro estimulasse a independência é que este realizava as tarefas por si próprio. Isto parece revelar um processo de interação desadequado no seu processo de reabilitação e dificultou o desenvolvimento de mestria nas atividades que necessitaria para um processo de reabilitação adequado.

Do mesmo modo, estas expressões eram reveladoras de que a identidade ainda não tinha integrado a nova situação. Os métodos e estratégias para adquirir mestria e reconstruir a identidade que utilizei situaram-se no incentivo ao envolvimento e motivação para o processo de reabilitação e no reforço positivo e estabelecimento de metas e objetivos faseados para permitir aumentar a confiança e um melhor processo de *coping*.

Em síntese e pela análise dos indicadores de processo identificados por Meleis (sentir-se e estar ligado; interação; sentir-se situado e desenvolvimento de confiança e *coping*) e de resultado (mestria e o desenvolvimento de uma identidade flexível e integrada), posso afirmar que o processo de transição não ficou concluído na data de alta, devendo continuar a ser trabalhado posteriormente.

No que se refere ao critério de avaliação definido para esta atividade – a avaliação deve permitir reformular o plano se necessário – considero ter tido esta preocupação ao longo dos estágios, conforme descrevi anteriormente.

### **4.3 Elaboração, implementação e avaliação de um programa de treino para o regresso à vida laboral**

O terceiro objetivo específico representava o foco do projeto apresentado e foi realizado através da centralização do objetivo anterior no regresso à vida laboral.

Apesar do desenvolvimento deste objetivo ter ocorrido maioritariamente no Serviço MFR do HCC - CHLC, considerando a sua especificidade, foi possível desenvolver atividades deste âmbito no serviço de pneumologia.

Apresentarei seguidamente a descrição das atividades realizadas tendo em vista o atingir deste terceiro objetivo.

Importa realçar que as atividades realizadas no objetivo anterior influem igualmente para este objetivo e não podem ser deste dissociadas. Assim, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista não são diferentes do objetivo anterior, representando um sedimentar do desenvolvimento obtido.

#### **4.3.1 Avaliação de alterações com impacto no regresso ao trabalho**

As pessoas internadas em serviços hospitalares depararam-se com uma transição situacional onde ocorre uma mudança de uma situação de emprego para uma situação de baixa médica. Nos doentes que tive ao meu cuidado a transição de uma situação profissional estável para a baixa médica, à semelhança dos défices motores e sensitivos ocorreu de forma brusca. Neste contexto foi possível identificar condições facilitadoras e inibidoras de âmbito pessoal, da comunidade ou da sociedade neste processo de transição.

Na área da reabilitação laboral da pessoa com AVC tive oportunidade de integrar um instrumento de uma rede de trabalho Canadiana de apoio a doentes com AVC (ver Anexo 1). Este instrumento permite ao doente autoavaliar as suas capacidades em dado momento e compará-las com as necessidades que o trabalho

futuro exigirá, permitindo desenvolver um plano para o regresso ao trabalho. Uma das mais-valias deste instrumento corresponde ao facto de que cada vez que o doente realiza esta autoavaliação fica capacitado para uma discussão do seu plano de reabilitação para o trabalho com os profissionais de saúde e mesmo com o seu empregador.

Durante os estágios que realizei pude recorrer a este instrumento com o intuito de preparar o regresso ao trabalho. Da colheita de dados que elaborei foi possível identificar a área profissional em que a pessoa trabalhava e as necessidades motoras e sensitivas que esta identificava como mais importantes para o seu desempenho laboral. Foram avaliadas as cinco áreas críticas presentes no instrumento: capacidade física, comunicação, competências de pensamento, emoções e condução/transporte. Esta avaliação correspondia a duas escalas em que a primeira é uma autoavaliação das capacidades da pessoa numa escala de zero a dez, em que um corresponde a capacidades limitadas e dez boas capacidades. A segunda escala avalia a perceção da pessoa das necessidades em determinada área para o desempenho da sua atividade laboral. A escala utilizada é igualmente de zero a dez, em que zero corresponde a uma área não importante para o desempenho da atividade laboral e dez corresponde a muito importante.

Num caso específico e no que se referia à capacidade física a pessoa considerava que o membro superior direito estava afetado e classificou a capacidade no início do internamento de um em dez possíveis nas duas questões relativamente ao uso dos braços. As questões referem-se à realização pontual ou repetida de atividades como agarrar, levantar, apertar, fazer força, coordenação, escrita à mão e a computador e capacidade motora fina. Por sua vez classificou como dez, ou seja o máximo, a exigência de realização destas atividades no seu emprego. Isto significava uma elevada importância para o desempenho laboral. Ainda relativamente à capacidade física, o doente classificou o uso dos membros inferiores com valor de um na capacidade à data da primeira avaliação, nomeadamente nas atividades pontuais ou repetidas de equilíbrio, coordenação, marcha, ortostatismo, subir escadas, ajoelhar, trepar e mobilidade. Para estas atividades o doente atribuiu um valor de 10 na escala relativa às necessidades expectáveis no seu desempenho laboral.

Relativamente à área de comunicação a pessoa referiu limitações na comunicação escrita, mas que estaria associada à limitação da capacidade física e não à construção mental da frase propriamente dita. Nas restantes áreas o doente manifestou manter boas capacidades, exceto no uso de transportes públicos, considerando que o doente não tem carta de condução. Nesta área a pessoa classificava como um a capacidade atual de aceder aos transportes públicos, uma vez mais associado às limitações na capacidade física. O doente classificou em dez a necessidade para o desempenho laboral de utilização destes transportes.

Neste contexto, foi possível identificar que as áreas a ser trabalhadas com maior ênfase no doente correspondiam ao desempenho dos membros inferiores e de motricidade fina dos membros superiores com especial ênfase no hemisfério direito e no treino de equilíbrio e marcha e implementar plano em conformidade.

Tive igualmente oportunidade de trabalhar o regresso ao trabalho em doentes sem AVC, nomeadamente com um doente com lesão vertebro-medular e com um doente com cifoescoliose grave. Nestes doentes não foi aplicado o instrumento atrás referido, mas foram realizadas avaliações com o mesmo propósito e estruturadas de forma semelhante.

Assim, a pessoa que sofreu um traumatismo vertebro-medular apresentava grandes limitações nas capacidades físicas por paraplegia secundária ao traumatismo vertebro medular. Apresentava ainda dificuldades nas competências interpessoais, por vergonha em confrontar os antigos colegas de trabalho; na capacidade de *coping*, nomeadamente referindo um humor depressivo parte do dia, menor interesse nas atividades, pensamento na morte, expressão de sentimentos de desespero e de inutilidade e uma falta de motivação para o regresso ao trabalho. O doente apresentava ainda uma ideia preconcebida de deficiência, visível em expressões como «nunca mais vou trabalhar» ou «que empresa é que quer um aleijado?». Estes pontos correspondiam a condições inibidoras que deveriam ser trabalhadas. Como condições facilitadoras, o doente tinha a disponibilidade da empresa onde trabalhava para a reconversão e reintegração laboral.

Por sua vez, a pessoa com cifoescoliose grave apresentava como grande dificuldade a intolerância a esforços, aliado à atual situação de desemprego.

O critério de avaliação para esta atividade previa que a avaliação permitisse identificar os fatores que podem ser trabalhados com vista ao RAT. Com base no descrito anteriormente, acredito ter sido capaz de identificar estes fatores.

### 4.3.2 Identificação de fatores motivacionais da pessoa

O instrumento de autoavaliação *self assesement guide for people with stroke* permitiu identificar as aptidões e competências profissionais que iriam influenciar o regresso ao trabalho pelo olhar da pessoa doente. Esta abordagem permitiu que o plano de reabilitação fosse construído com base nas áreas mais valorizadas pelo doente em alternativa a planos baseados na perceção do profissional daquilo que é mais importante. Isto permitiu cumprir o critério de avaliação escolhido no projeto, designadamente que a identificação destes fatores fosse elaborada de forma sistemática, ainda que individualizada.

No que se refere aos fatores motivacionais pude identificar fases descritas na literatura relativamente ao período pós-evento e que influenciou de forma significativa a motivação da pessoa. Um exemplo específico refere-se a um doente que apresentava comportamentos compatíveis com regressão conforme é definido pela Ordem dos Enfermeiros. (2009, p. 50) «a pessoa apresenta comportamentos imaturos, perdendo comportamentos que já tinha adquirido, por exemplo independência, tornando-se infantil, fraco, menos determinado e passivo, apelativo e exigindo assistência superior à que precisa». A modificação deste comportamento parece ser fundamental para a progressão no processo de reabilitação para o regresso à vida em sociedade e à vida laboral.

Contudo, houve por parte de alguns doentes uma intenção expressa de não regressar à vida ativa - «eu tenho direito à baixa e eles não me podem obrigar a trabalhar enquanto não estiver bom». A própria indicação médica tendeu a encaminhar a pessoa para a baixa até a recuperação integral. Esta é uma área onde a prática corrente ainda não integrou novas possibilidades de reintegração laboral o que tende a adiar um regresso à vida profissional ativa. Este facto confirma o

descrito por Scott D. (2010), segundo o qual a reabilitação tem tido um sucesso limitado no apoio ao regresso ao trabalho por estar geralmente centrada tradicionalmente na recuperação das funções necessárias às atividades de vida diária.

Colocar a hipótese à pessoa de priorizar o regresso à vida profissional ativa no processo de reabilitação foi um desafio difícil de alcançar ao longo destas experiências clínicas. A hierarquia das necessidades de Maslow refere que apenas quando as necessidades fisiológicas e de segurança previstas na base estão satisfeitas, se cria a preocupação com necessidades de níveis superiores como a estima e a realização pessoal - Dias (2001).

Neste aspeto, o “direito à baixa médica” e a respetiva compensação financeira associada retira a necessidade do regresso à vida laboral da base da hierarquia, enquanto fator de segurança, para o transformar numa necessidade de nível elevado, nomeadamente de estima e realização pessoal.

A pesquisa sobre teorias de motivação ajuda no entendimento destes padrões de resposta. Uma das teorias de motivação contemporâneas é a teoria de atribuição, referida por Dias (2001) e que realça três conceitos principais, o locus de controlo, a estabilidade, consistência e distinção e a autoeficácia. A primeira refere-se ao modo como o indivíduo perceciona o controlo dos resultados, nomeadamente se estes estão ao seu alcance; a segunda refere-se à perceção do indivíduo da existência das variáveis e fatores causais que estão em curso; e a terceira refere-se à perceção pessoal de capacidade interna para o sucesso.

As teorias que analisam o *stress* também ajudam a perceber as posições de muitos doentes, nomeadamente as teorias que analisam o *stress* enquanto processo. Segundo o Modelo Transacional de Lazarus e Folkman (1984) citado por Gonçalves (2013) «se um determinado acontecimento for considerado como ameaçador na avaliação primária e se os recursos existentes para lidar com a situação forem considerados insuficientes na avaliação secundária, esta avaliação conduzirá à experiência de *stress* a qual desencadeará um conjunto de esforços individuais no sentido de lidar com a situação eliminando, reduzindo ou evitando a ameaça» (Gonçalves, 2013, p.19).

Neste aspeto as teorias de motivação e de *stress* caminham no mesmo sentido, ou seja, relacionam o evento em si, com a capacidade do individuo de lidar com o processo de adaptação, ou de transição se olharmos através de Meleis. Assim, se a pessoa não tiver disponível recursos internos e externos que facilitem o enfrentar da crise (situação de incapacidade) esta tende a assumir estratégias de afastamento ou de adiamento do problema, neste caso afastando-se ou adiando o processo de reabilitação para uma vida laboral ativa.

Assim, percebi que para alguns doentes o peso da sua doença e da incapacidade era ainda demasiado elevado para os recursos (internos e externos) que estes tinham disponíveis. Isto dificultou a capacidade das pessoas para identificar a possibilidade de reconstruir uma nova identidade e uma eventual reconversão laboral.

Pelo descrito anteriormente, acredito ter cumprido o critério de avaliação definido no projeto de identificar de forma sistemática e individualizada fatores de motivação da pessoa para o regresso ao trabalho, ainda que se mantenha como desafio o modo de intervir sobre estes fatores.

### 4.3.3 Planear a reabilitação para o regresso ao trabalho

A elaboração de um plano de reabilitação nesta área foi facilitada pela integração dos diagnósticos estabelecidos anteriormente e com a análise com a pessoa das alterações que esta percecionava como mais relevantes para o seu regresso ao trabalho. Deste modo os objetivos não foram estabelecidos por mim, mas sim pela pessoa, o que permitiu uma maior adesão ao processo de reabilitação.

No caso de um doente em específico, o plano estabeleceu como objetivos fornecer estratégias para reintegração na sociedade e na vida laboral, através da desconstrução de mitos de incapacidade e invalidez, do ensino e informação sobre adaptações a introduzir no seu meio ambiente e nos meios de transporte (automóvel próprio), identificar possíveis alterações à atividade profissional e estratégias de adaptação ao local de trabalho e intervir sobre os défices identificados.

Uma outra pessoa a quem tive oportunidade de integrar no plano de cuidados o objetivo de trabalhar o regresso à vida laboral tinha uma lesão vertebro-medular alta e com paraplegia abaixo do nível neurológico T4. Isto originava a impossibilidade mobilizar a musculatura abdominal o que limitava significativamente o equilíbrio estático sentado. Acrescia ao diagnóstico uma baixa autoestima relacionada com a incapacidade para desenvolver atividades de forma autónoma e que originava a dificuldade em projetar o futuro. O plano de cuidados que foi estabelecido previu a curto prazo a melhoria da funcionalidade e promoção da autonomia. No médio prazo planeou-se a reintegração na vida em sociedade em especial adaptando o domicílio e o automóvel de forma a promover a sua autonomia, envolvendo a família neste processo. No longo prazo planeou-se a reintegração laboral, nomeadamente através da reconversão laboral com apoio de entidades externas e da entidade empregadora. Apesar de ser um plano faseado o início das ações de cada um ocorreram em simultâneo.

Para a construção deste planeamento senti necessidade de pesquisar sobre a readaptação de veículos automóveis de forma a sugerir alternativas de mobilidade. Esta foi uma área interessante de intervenção, considerando que permitiu trabalhar ao mesmo tempo a área da mobilidade, da autoestima e da construção de perspetivas para o futuro, desconstruindo ideias de invalidez e de dependência.

Tive ainda oportunidade de me deslocar ao Instituto Nacional de Reabilitação onde recolhi informação pertinente sobre a reintegração social e profissional da pessoa com deficiência, que fundamentou a minha intervenção. Este trabalho permitiu-me identificar recursos da comunidade que pude mobilizar para a reintegração para a vida laboral, em especial a entidade Operação Emprego e Deficiência (OED), que abordo na secção seguinte.

Todo este trabalho permitiu-me cumprir o critério de avaliação definido no projeto que previa uma intervenção através do estabelecimento de objetivos de curto, médio e longo prazo.



#### 4.3.4 A implementação de planos de cuidados para o regresso ao trabalho

As técnicas de reabilitação para compensar os défices sensoriomotores relacionados com o regresso à vida laboral não são diferentes das técnicas referidas na secção 4.2.4 relativamente ao regresso à vida em sociedade.

Contudo a aplicação destas técnicas procurou incidir sobre as áreas identificadas na literatura como inibidoras do regresso ao trabalho, sendo que o estabelecimento do plano de cuidados foi estabelecido com base na comparação entre os défices atuais autoavaliados e a perceção de necessidade futura com base no emprego prospetivado pela pessoa.

Definidos estes objetivos foi então possível realizar um conjunto de técnicas de apoio à componente sensoriomotora como o treino de força muscular e amplitude de movimentos, equilíbrio, marcha e aquisição de motricidade fina, assim como técnicas de redução de espasticidade e de espasmos musculares, designadamente a crioterapia.

No que se refere à componente motivacional promovi a apresentação de casos de sucesso de regresso à vida laboral de pessoas com lesões semelhantes e abordei com alguns doentes a possibilidade de trabalho a tempo parcial para uma reinserção progressiva no seu local de trabalho.

Conforme referido no plano de atividades tive conhecimento de um recurso da comunidade oportunidade denominado de OED – Organização Emprego e Deficiência. Esta entidade procura estabelecer a ligação entre a pessoa com deficiência e o mundo laboral para pessoas na região de Lisboa. No seguimento da discussão com a enfermeira orientadora e com o Sr. Enfermeiro Chefe do SMFR do HCC iniciei o primeiro contacto que pudesse dar apoio aos doentes com quem vinha a trabalhar, nomeadamente que permitisse o processo de análise da necessidade de reconversão laboral. Este contacto permitiu-me recolher um conjunto de informação importante sobre esta matéria que pude disponibilizar quer aos profissionais, quer às pessoas para quem estabeleci planos de cuidados nesta área. Este processo permitiu fornecer um novo instrumento ao dispor da pessoa com deficiência.

O desenrolar deste processo permitiu ainda a mediação de uma reunião entre o serviço e a entidade OED, embora à data do fim do estágio ainda estivesse pendente a sua realização.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista pesquisei e compilei um conjunto de legislação sobre deficiência e apoio a reintegração laboral, com intuito de se constituir como um instrumento de apoio à equipa de profissionais. Este instrumento continha legislação sobre o apoio à pessoa com deficiência e integrava antes de cada diploma legal uma nota de enquadramento que facilitava a interpretação dos textos. As áreas que integradas foram as seguintes: Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência; Acessibilidades – normas técnicas; Lei da Não Discriminação; Programa de Apoio e Emprego à Qualificação; Benefícios Sociais; Financiamento de Produtos de Apoio; Outros Recursos. Este documento foi impresso e colocado à disposição de todos os profissionais do serviço, tendo sido considerado um instrumento útil e necessário ao serviço. O índice deste *dossier* e as notas de enquadramento podem ser encontradas em Apêndice 3.

Sintetizando, considero ter desenvolvido a minha ação nesta área tendo por base que a aplicação das técnicas de reabilitação incidisse sobre as áreas identificadas na literatura como inibidoras do regresso ao trabalho, conforme critério de avaliação definido no projeto.

### 4.3.5 Avaliação da evolução da pessoa e adequação do planeado.

A evolução no âmbito dos défices motores foram sendo avaliados com base no preenchimento quer das escalas MIF, Barthel, de força e amplitude muscular, quer na reaplicação do instrumento de autoavaliação *self assesement guide for people with stroke*. Estes permitiram identificar a evolução relativamente aos défices identificados. Neste aspeto, esta secção não é diferente do descrito anteriormente.

Contudo, nos casos particulares de transição para a vida laboral na pessoa com AVC tive oportunidade de identificar que algumas das pessoa reuniam um

conjunto de fatores inibidores do regresso à vida laboral conforme descrito anteriormente na literatura. Ou seja uma motivação reduzida para o regresso ao trabalho, alcoolismo crónico, reduzido suporte familiar, rendimentos e escolaridade baixa e ocupações de colarinho azul. Num caso específico a pessoa tinha igualmente uma grande dificuldade na alteração de hábitos e decisões pessoais. Apesar das avaliações regulares e tentativas de ajuste, neste caso não consegui ao longo deste período identificar a estratégia adequada que permitisse modificar ou contornar alguns destes fatores inibidores já descritos na literatura como associações negativas com o regresso ao trabalho.

Tive oportunidade de falar com este doente no seguimento após a alta. Na altura tinham passado quatro semanas após a alta do serviço de reabilitação e o doente mantinha-se em baixa médica por diminuição da motricidade fina e da qualidade da marcha, ainda que francamente melhorada e que permitiria a reintegração faseada na vida laboral. Contudo, o doente apresentava no seu discurso a intenção de manter baixa médica até estar totalmente recuperado ou que atingisse a idade da reforma. Nesta altura, reforcei a importância de se motivar para um regresso faseado à vida profissional ativa, ao qual o doente responde com a seguinte expressão «com os cortes salariais atuais, compensa mais estar de baixa Sr. Enfermeiro».

Tenho noção que nem todas as pessoas aceitarão o apoio nesta área e acredito que a motivação seja de facto imprescindível para que a transição entre a baixa médica e o regresso à vida laboral possa ocorrer com sucesso – os dois exemplos que referi acima são prova disso. Contudo, e sintetizando, acredito ter realizado durante este período de estágio as avaliações adequadas que me permitiram reformular o plano quando foi necessário, cumprindo o critério de avaliação definido no projeto para esta atividade.

## CONCLUSÃO

A transição para a vida laboral na pessoa com AVC é um processo importante na vida de um indivíduo e, conforme foi referido neste trabalho, está associado positivamente com a melhoria da sua saúde, assim como do restabelecimento de uma vida social produtiva.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, nomeadamente no apoio ao processo de transição é fundamental para alterar ideias pré-concebidas de deficiência e de incapacidade na pessoa e para promover fatores facilitadores do regresso à vida ativa.

Ao longo desta experiência clínica tive oportunidade de visualizar o modo como alguns fatores inibidores e facilitadores do regresso ao trabalho descritos na literatura influenciavam o processo de reabilitação. Uma atitude positiva, o desenvolvimento de autoconfiança, de determinação, assertividade, motivação e o apoio da família são condições facilitadoras descritos na literatura. Quando estes fatores não ocorrem, o processo de transição tende a estagnar, conforme tive oportunidade de assistir. Do mesmo modo, todos os doentes a quem elaborei planos de reabilitação para a vida laboral tinham uma ocupação incluída nas profissões denominadas de “colarinho azul” – profissões associadas a trabalhos físicos. Esta característica era considerada um fator inibidor do regresso ao trabalho, conforme eu pude igualmente confirmar pela experiência. Este fator apenas poderia ser alterado através da reconversão laboral, conforme tentei realizar através de parcerias com recursos da comunidade.

Senti como grande dificuldade na implementação deste projeto um número reduzido de doentes em idade ativa. A maioria dos doentes com AVC estavam já reformados ou muito perto da reforma. Isso levou-me a identificar a importância de olhar para a reabilitação laboral fora do contexto das patologias propriamente ditas. Percebi que a reabilitação para a vida ativa deve ser realizada em todos as pessoas, cuja doença originou a inatividade laboral. Acredito que esta área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação permite ganhos em saúde significativos para a população. Num futuro próximo, procurarei desenvolver esta

intervenção, principalmente através da sua assimilação na minha prática e na dinâmica do serviço onde exerço profissionalmente.

Mas este relatório não se restringe à intervenção sobre a transição para a vida laboral. Ao longo dos estágios que realizei fui adquirindo experiências enquadráveis no perfil de atuação do enfermeiro especialista que me permitem afirmar que sou hoje mais proficiente do que era no início do estágio. Esta evolução é visível nas avaliações que foram realizadas pelas Enfermeiras Especialistas que orientaram os meus estágios. Não tenho a ousadia de afirmar que desenvolvi as competências necessários para me considerar um enfermeiro especialista competente, conforme descreve Benner, P (2001). Contudo, acredito ter desenvolvido as competências necessárias para construir um desenvolvimento profissional seguro e sedimentado em conhecimento de base científico. Esta construção deve permitir-me a continuação do meu crescimento para níveis de enfermeiro especialista competente, proficiente e, espero eu, perito.

O desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeiro de cuidados gerais foi igualmente um fator que devo realçar. Os conhecimentos e experiência que a formação que realizei neste ano e meio de investimento pessoal permitem-me hoje considerar um melhor enfermeiro, com mais recursos para apoiar as pessoas nas transições que encontram no seu percurso de vida.

Seria com interesse que desenvolveria investigação futura na área reabilitação para a vida laboral nomeadamente sobre os aspetos relacionados com estratégias para adesão dos doentes e equipas à reabilitação para a vida laboral que permitam melhores resultados nesta área. Uma hipótese de estudo seria a identificação e caracterização das pessoas que deixaram de trabalhar precocemente por doenças agudas identificando se este facto era evitável.

Em jeito de conclusão deste documento considero ter atingido com sucesso os objetivos definidos para este documento e para o projeto de formação que desenvolvi no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). Produção Nacional por GDH - 2011. Lisboa. Retrieved May 02, 2013, from <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestãoeFinanciamentoPrestSaúde/SClassificaçãoDoentes/GruposdeDiagnósticosHomogêneos/ProduçãoNacional/tabid/922/language/pt-PT/Default.aspx>
- Bains, M., Yarker, J., Amir, Z., Wynn, P., & Munir, F. (2012). Helping cancer survivors return to work: what providers tell us about the challenges in assisting cancer patients with work questions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 71–7. doi:10.1007/s10926-011-9330-4
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Com.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Black-Schaffer, R. M., & Osberg, J. S. (1990). Return to work after stroke: development of a predictive model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71(5), 285–90. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2327878>
- Booth, S., & Jester, R. (2007). Chapter 1 - The Rehabilitation Process. In *Advanced Rehabilitation Nursing* (pp. 1–13). Victoria: Blackwell Publishing.
- Dalley, J., & Sim, J. (2001). Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation*, 15(4), 380–9. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11518439>
- Dias, C. M. (2001). *Liderança em Enfermagem - Estudo do Líder; do Liderado e da Motivação*. Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto.
- Direção Geral de Saúde. *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)* (2006). Disponível em <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Direcção-Geral+da+Saúde#3>
- Gilmore, P., Barry, J., & Howson, S. (2012). *Toolkit for Returning to Work after Stroke*. Retrieved June 04, 2013, from <http://www.heartandstroke.on.ca/>
- Gonçalves, S. P. (2013). *Stress e Bem-Estar no Trabalho - uma viagem pelos conceitos, modelos e intervenções*. (A. S. Uva, Ed.) (p. 136). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação - Criar novos caminhos* (Versão Portuguesa). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda; ISBN 972-8383-43-6

- Infopédia – Enciclopédia e Dicionários Porto Editora (2014); Definição de Doente; Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/doente;jsessionid=KS2VsLY5hgiDcV+Wg3Oew>.
- Japp, J. (2005). *Brain Injury and Returning to Employment: A Guide for Practitioners*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Radford, K. A.; Walker M. F. (2008). Impact of Stroke on Return to Work. *Brain Impairment*, 9, pp 161-169. doi:10.1375/brim.9.2.161.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série*, N.º 180 (16-08-2009) 6528-6550.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN – 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
- Mysiw, W. J., Corrigan, J. D., Hunt, M., Cavin, D., & Fish, T. (1989). Vocational evaluation of traumatic brain injury patients using the functional assessment inventory. *Brain Injury: [BI]*, 3(1), 27–34. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2924036>
- Nalder, E., Fleming, J., Cornwell, P., Foster, M., & Haines, T. (2012). Factors associated with the occurrence of sentinel events during transition from hospital to home for individuals with traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(10), 837–44. doi:10.2340/16501977-1033
- Nalder, E., Fleming, J., Cornwell, P., Foster, M., Ownsworth, T., Shields, C., & Haines, T. (2012). Recording sentinel events in the life course of individuals with acquired brain injury: a preliminary study. *Brain Injury: [BI]*, 26(11), 1381–96. doi:10.3109/02699052.2012.676225
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. Setembro 2012. Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros: Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à pessoa com Traumatismo Vertebral Medular*. (Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Ed.) (1.a edição.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , Pub. L. No. 2.a série — N. 35 — 18 de Fevereiro de 2011, p. 8648-8653. (2011). Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. , Pub. L. No. 2.a série — N.o 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2011). Portugal: Diário da República.
- Owensworth, T. & Shum, D. (2008). Relationship between executive functions and productivity outcomes following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 30(7), 531-540.
- Rittman, M., Boylstein, C., Hinojosa, R., Hinojosa, M. S., & Haun, J. (2007). Transition experiences of stroke survivors following discharge home. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 14(2), 21–31. doi:10.1310/tsr1402-21
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., ... Lavis, J. (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 102(3), 541–56. doi:10.2105/AJPH.2011.300401
- Saeki, S. (2000). Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation. *Disability and Rehabilitation*, 22(13-14), 578–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052206>
- Saeki, S., Ogata, H., Okubo, T., Takahashi, K., & Hoshuyama, T. (1993). Factors influencing return to work after stroke in Japan. *Stroke: A Journal of Cerebral Circulation*, 24(8), 1182–1185. Disponível em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=8342194](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8342194)
- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-9-7275-7717-0.
- Scott, D. (2010). Return To Work Following Stroke : A Literature Review, 1–10. Disponível em [http://www.swostroke.ca/components/site\\_news/files/RTW%20Literature%20Review.pdf](http://www.swostroke.ca/components/site_news/files/RTW%20Literature%20Review.pdf).
- Tanaka, H., Toyonaga, T., & Hashimoto, H. (2011). Functional and occupational characteristics associated with very early return to work after stroke in Japan. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5), 743–8. doi:10.1016/j.apmr.2010.12.009
- Troosters, T., van der Molen, T., Polkey, M., Rabinovich, R. A., Vogiatzis, I., Weisman, I., & Kulich, K. (2013). Improving physical activity in COPD: towards a new paradigm. *Respiratory Research*, 14, 115. doi:10.1186/1465-9921-14-115



- Trygged, S., Ahacic, K., & Kåreholt, I. (2011). Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health*, 11, 742. doi:10.1186/1471-2458-11-742
- Vestling, M., Tufvesson, B., & Iwarsson, S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 35(3), 127–31. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809195>
- Wilz, G., & Soellner, R. (2009). Work loss following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 31(18), 1487–93. doi:10.1080/09638280802621432

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

### **OBJETIVOS, ATIVIDADES E CRONOGRAMA DEFINIDOS NO PROJETO DE FORMAÇÃO**

## **5 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ATIVIDADES DE FORMAÇÃO**

A definição de objetivos no âmbito deste projeto de formação baseia-se nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Assim, o objetivo geral deste projeto conforme foi apresentado anteriormente é adquirir competências enquanto enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação através da intervenção na transição para a vida laboral na pessoa com AVC.

Os objetivos específicos definidos foram:

- 1 - Integrar a prática especializada em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na avaliação e diagnóstico de necessidades de cuidados de enfermagem especializados;
- 2 - Desenvolver competências para a elaboração e implementação de programas de treino para o regresso à vida em sociedade;
- 3 - Desenvolver competências para a elaboração, implementação e avaliação de um programa de treino para o regresso à vida laboral, procurando integrar experiências internacionais;

De seguida apresenta-se a operacionalização destes objetivos.

O primeiro objetivo específico foi introduzido com a intenção de enquadrar o processo de integração na prática especializada do enfermeiro de reabilitação. Esta integração inclui a integração ao serviço, mas igualmente às práticas do enfermeiro especialista, nomeadamente de diagnóstico dos cuidados necessários. Os critérios definidos devem ser avaliados separadamente nos serviços de Pneumologia do Hospital de Santa Marta e de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral, ambos pertencentes ao Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Os indicadores de atividade limitam-se à realização destas atividades, para tornar mais simples o processo de avaliação. A realização deste objetivo deve

permitir adquirir competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente de prática ética e num ambiente seguro e baseada no desenvolvimento do autoconhecimento e em padrões de conhecimento sólidos que suportem os diagnósticos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Na tabela seguinte incluem-se as atividades previstas.

<b>1 - Integrar a prática especializada em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na avaliação, diagnóstico de necessidades de cuidados de enfermagem especializados;</b>		
<b>Atividade</b>	<b>Critérios</b>	<b>Recursos</b>
1.1 Integração nas equipas e nas dinâmicas dos serviços.	A integração deve criar um ambiente favorecedor da aprendizagem.	Equipas de ambos os serviços.
1.2 Análise crítica da informação do doente e meios complementares de diagnóstico necessários para o diagnóstico de alterações.	Esta análise deve permitir recolher informação que fundamente os diagnósticos de enfermagem, integrando os conhecimentos teóricos necessários.	Acesso a processos e resultados dos meios complementares
1.3 Implementação de escalas e instrumentos de medida.	Esta implementação deve alimentar o processo de avaliação do doente em cuidados de enfermagem.	Escalas presentes nos serviços
1.4 Realizar diagnósticos de enfermagem de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa	A realização destes diagnósticos deve permitir a estruturação de planos de intervenção.	Enfermeiros especialistas dos serviços
<b>Indicadores</b>	<b>Competências OE</b>	<b>Limitação</b>
Ter realizado as atividades descritas em ambos os serviços.	A1; A2; B3;D1; D2; J1.1	

**Tabela 1 - Operacionalização do objetivo específico 1.**

O segundo objetivo traduz a necessidade de adquirir competências na intervenção sistematizada como enfermeiro especialista de reabilitação.

Acredita-se que a maioria das atividades descritas podem ser realizadas quer no serviço de Medicina Física e Reabilitação, quer no serviço de Pneumologia onde os estágios terão lugar. Esta possibilidade, aliada ao facto de que o estágio de pneumologia ocorrer em primeiro lugar permitirá adquirir conhecimentos que suportarão todo o processo de aprendizagem.

As atividades realizadas permitirão cumprir todas as competências do enfermeiro especialista em reabilitação, exceto as que se referem à intervenção em todo o ciclo de vida da pessoa, considerando que dificilmente se trabalhará com crianças.

A intervenção nesta área quer-se pluridisciplinar e nesse sentido foi incluído na tabela esse recurso, ainda que de forma interrogada, considerando que essa é uma matéria que não depende exclusivamente da atividade do autor deste projeto. Conforme foi referido para o objetivo anterior estas atividades devem ser avaliadas separadamente em cada serviço.

## 2 - Desenvolver competências para a elaboração e implementação de programas de treino para o regresso à vida em sociedade;

Atividade	Critérios	Recursos
2.1 Avaliação de funcionalidade e diagnóstico de alterações que têm impacto no regresso a uma vida em sociedade.	A avaliação deve permitir identificar os fatores que podem ser trabalhados com vista ao regresso a uma vida em sociedade	Índice de Barthel RNLI FIM
2.2 Identificação individualizada dos fatores motivacionais da pessoa	A identificação deve ser elaborada de forma sistemática, ainda que individualizada.	
2.3 Elaboração de planos de reabilitação individualizados	O plano deve incidir nas áreas a ser trabalhadas, estipulando objetivos de curto, médio e longo prazo.	Pessoa Família Empregador!?? Enf.
2.4 Aplicação de técnicas de reabilitação para compensar os défices sensoriomotores e respiratórios identificados	A aplicação destas técnicas deve incidir sobre as áreas identificadas no diagnóstico de enfermagem	Especialistas Médicos!? T. Ocupacionais!? Fisioterapeutas!?
2.5 Avaliação regular do progresso da pessoa	A avaliação deve permitir reformular o plano se necessário	Literatura
Indicadores	Competências OE	Limitação
Ter realizado as atividades descritas	D1; D2; J1; J2 e J3	

**Tabela 2 - Operacionalização do objetivo específico 2.**

O terceiro objetivo específico representa o foco deste projeto e foi realizado através da centralização do objetivo anterior no regresso à vida laboral.

O desenvolvimento deste objetivo ocorrerá maioritariamente no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral, considerando a sua especificidade. Acredita-se que a concretização das atividades deste objetivo, além de concorrerem para a aquisição das competências do enfermeiro especialista em reabilitação, permitem introduzir uma prática inovadora no serviço.

Aceita-se como limitação a possibilidade de que não existam pessoas com idade laboral que permitam a reabilitação para o regresso ao trabalho (RAT), ainda assim, a maioria das atividades podem ser realizadas tendo em vista uma população mais abrangente.

### 3 - Desenvolver competências para a elaboração e implementação de um programa de treino para o regresso à vida laboral, procurando integrar experiências internacionais;

Atividade	Critérios	Recursos
3.1 Avaliação de funcionalidade e diagnóstico de alterações que têm impacto no regresso ao trabalho.	A avaliação deve permitir identificar os fatores que podem ser trabalhados com vista ao RAT	Índice de Barthel RNLI FIM
3.2 Identificação individualizada dos fatores motivacionais da pessoa para o RAT	A identificação deve ser elaborada de forma sistemática, ainda que individualizada.	<i>Stroke network self assesement</i> (Ontário)
3.3 Elaboração de um plano de reabilitação para o RAT individualizado em conjunto com a pessoa e envolvendo a família.	O plano deve incidir nas áreas a ser trabalhadas, estipulando objetivos de curto, médio e longo prazo.	Pessoa Família Empregador!?? Enf. Especialistas Médicos!?
3.4 Aplicação de técnicas de reabilitação para compensar os défices sensoriomotores identificados	A aplicação destas técnicas deve incidir sobre as áreas identificadas na literatura como inibidoras do RAT	T. Ocupacionais!? Fisioterapeutas!?
3.5 Avaliação regular do progresso da pessoa	A avaliação deve permitir reformular o plano se necessário	Literatura strokengine.ca
Indicadores	Competências OE	Limitação
Ter realizado as atividades descritas	D1; D2; J1; J2 e J3	Pessoas com idade e critérios

**Tabela 3 - Operacionalização do objetivo específico 3.**

## 5.1 - Cronograma

De seguida apresentam-se os cronogramas referentes ao atingir das atividades em cada um dos estágios.

De notar, que não se incluiu cronograma referente ao terceiro objetivo relativo à reabilitação laboral. No primeiro estágio isto deve-se à especificidade deste objetivo que dificilmente poderá ser alcançado num serviço vocacionado para a vertente respiratória.

O segundo campo de estágio representa o local adequado de desenvolvimento deste objetivo, contudo, como este objetivo esta dependente de que esteja internado um doente com critérios e idade para a reabilitação laboral, opta-se por não incluir este objetivo no cronograma, ainda que se mantenha a intenção de que este seja realizado.

Conforme se observa em baixo, as atividades de integração ocorrerão nas primeiras duas semanas, introduzindo-se posteriormente as restantes atividades.

Serviço de Pneumologia – Hospital de Santa Marta - CHLC						
	Outubro					Novembro
Atividades\Semanas	30/9 a 4/10	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28/10 a 1/11	4 a 8
	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	4. <sup>a</sup>	5. <sup>a</sup>	6. <sup>a</sup>
1.1						
1.2						
1.3						
1.4						
2.1						
2.2						
2.3						
2.4						
2.5						

Tabela 4 - Cronograma referente ao cumprimento das atividades no primeiro estágio.



<b>Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral – CHLC</b>												
	Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro		
Atividades\Se manas	11 a 15	18 a 22	25 a 29	2 a 6	9 a 13	16 a 19	6 a 10	13 a 17	20 a 25	27 a 31	3 a 7	10 a 14
	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	4. <sup>a</sup>	5. <sup>a</sup>	6. <sup>a</sup>	7. <sup>a</sup>	8. <sup>a</sup>	9. <sup>a</sup>	10. <sup>a</sup>	11. <sup>a</sup>	12. <sup>a</sup>
<b>1.1</b>												
<b>1.2</b>												
<b>1.3</b>												
<b>1.4</b>												
<b>2.1</b>												
<b>2.2</b>												
<b>2.3</b>												
<b>2.4</b>												
<b>2.5</b>												

**Tabela 5 - Cronograma referente ao cumprimento das atividades no segundo estágio.**

## **APÊNDICE 2**

### ***CHECKLIST* DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

## ***Checklist de avaliação***

### ***Nota introdutória***

Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de sistematizar a avaliação inicial e a monitorização de evolução no âmbito da Enfermagem Especializada em Reabilitação. Teve ainda como objetivo integrar um conjunto de informação dispersa, nomeadamente testes, escalas e outras formas de avaliação.

Não será espectável que a *checklist* seja avaliada integralmente em todos os doentes, nomeadamente a avaliação de pares cranianos que poderá não ser necessária em algumas situações.

Este instrumento está organizado de forma a avaliar oito áreas, a saber:

- Consciência;
- Fala;
- Deglutição;
- Força, amplitude e tónus muscular;
- Coordenação e equilíbrio;
- Marcha;
- Sensibilidade;
- Pares cranianos.

Apesar de ter sido desenvolvido para a Enfermagem Especializada pode e deve ser utilizado por todos os profissionais que o desejem, ou lhe encontrem utilidade.

Este documento foi desenvolvido por Raul Fernandes no âmbito do estágio no serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral – CHLC, enquadrado no IV Mestrado em Enfermagem – Área de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Enfermeira Especialista CS e da Professora VMP.

Colar etiqueta de identificação

**Avaliador:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

Avaliação da Consciência:	Vigília	Vigil: __ Confuso: __ Obnubilado: __ Estuporoso: __ Coma __ (aplicar ECG)		Observações:
	Orientação, Memória, Atenção e Cálculo; Linguagem; Raciocínio	Aplicação de <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE) Valor Final:		
	Estado Emocional:	Apatia: __ Depressão: __ Ansiedade: __ Hiperemotividade: __		
Avaliação da Fala	Analisar com base na fluência, compreensão, nomeação e repetição (quadro em anexo)	Disartria: __ Afasia: __		Tipos de Afasias: Broca: __ Wernicke: __ Condução: __ Anômica: __ Transcortical sensorial: __ Transcortical motora: __ Transcortical mista: __ Global: __ Surdez verbal pura: __
Avaliação da Deglutição	Testar com escala de GUSS (em anexo).	Sem disfagia: __ Disfagia líquidos: __ Disfagia sólidos: __ Observações:		
<b>Força (FM) e tônus muscular (TM)</b>				
FM – Escala Lower AM – Amplitude Mov. (%) TM – Hipertonia (HT); Hipotonia (ht); Normal (N) (se hipertonia aplicar Escala Modificada de Ashworth)	Cabeça e Pescoço	Movimentos	Esquerdo	Direito
		Flexão	FM: __ AM: __ TM: __	FM: __ AM: __ TM: __
		Extensão	FM: __ AM: __ TM: __	FM: __ AM: __ TM: __
		Flexão lateral	FM: __ AM: __ TM: __	FM: __ AM: __ TM: __
		Rotação	FM: __ AM: __ TM: __	FM: __ AM: __ TM: __
	Membro Superior	Movimentos	Esquerdo	Direito
	Escapulo-umeral	Flexão	FM: __ AM: __ TM: __	FM: __ AM: __ TM: __
		Extensão	FM: __ AM: __ TM: __	FM: __ AM: __ TM: __
Adução		FM: __ AM: __ TM: __	FM: __ AM: __ TM: __	

Avaliação Crânio-caudal e proximal-distal		Abdução	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Rotação Interna	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Rotação Externa	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Elevação	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Depressão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Cotovelo	Flexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Extensão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Antebraço	Pronação	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Supinação	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Punho	Flexão palmar	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Dorsiflexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Desvio radial	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Desvio cubital	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Circundação	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Dedos	Flexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Extensão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Adução	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Abdução	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Circundação	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Oponência do polegar	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Tronco	Movimentos	Esquerdo	Direito
		Flexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Extensão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Flexão lateral	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Membro Inferior	Movimentos	Esquerdo	Direito
	Coxo-femural	Flexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Extensão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Adução	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Abdução	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Rotação interna	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Rotação externa	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Joelho	Flexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___

		Extensão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Tíbio-társica	Flexão plantar	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Dorsiflexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Inversão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Eversão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
	Dedos	Flexão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Extensão	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
		Adução	FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___
Abdução		FM:___ AM:___ TM:___	FM:___ AM:___ TM:___	
Avaliação da Coordenação e equilíbrio			Esquerda	Direita
	Prova index-nariz	Olhos Abertos	Dismetria: ___	Dismetria: ___
		Olhos fechados	Dismetria: ___	Dismetria: ___
	Prova calcanhar Joelho	Olhos abertos	Dismetria: ___	Dismetria: ___
		Olhos fechados	Dismetria: ___	Dismetria: ___
	Equilíbrio sentado:	Estático___ Dinâmico:_____		
	Equilíbrio em pé:	Estático___ Dinâmico:_____		
Avaliação da marcha				
	Tipo de marcha	Normal:___ Atáxica cerebelosa:___ Atáxica espinhal:___ Hemiparética/hemiplégica:___ Parética com “steppage”:___ Miopática:___ Vestibular:___ Parkinsónica:___ Outras alterações:		
	Necessidade de apoio	Apoio unilateral:___ Apoio bilateral:___ Ajudas técnicas (qual):_____		
Avaliação da Sensibilidade				
Distal para proximal (identificar alterações e local respetivo)	Superficial	Táctil		
		Térmica		
		Dolorosa		
	Profunda	Sentido de pressão		
		Sensibilidade vibratória		
		Sensibilidade postural		
		Sentido esteriognóstico		
		Sensibilidade postural		
	Negligência hemiespacial unilateral	Presente:___ Ausente:___	Teste com desenho de relógio ou pétala.	

<b>Avaliação de Pares Cranianos</b>			
I Par – olfativo (sensitivo)	De olhos fechados identificar odor bilateral, ocluindo uma narina.	Normal:___ Parosmia:___ Hiposmia:___ Anosmia:___ Outras alterações:	
II Par – ótico (sensitivo)	Com um olho fechado fazer contagem de dedos a várias distâncias e ângulos.	Amaurose:___ Ambliopia:___ cegueira:___ Hemianópsia: ___ Outras alterações:	
III, IV, VI Par - oculomotor, patético, motor ocular externo. (motor)	1.º Resposta pupilar ao estímulo luminoso; 2.º Seguir com o olhar o dedo (realizar um movimento em H)	Miose:___ Midríase:___ Isocoria:___ Anisocoria:___ Discoria:___ Nistagmo:___ Ptose palpebral: ___ Outras alterações:	
V Par – trigêmio (sensitivo e motor)	1.º Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano de olhos fechados.  2.º Capacidade em encerrar e mover a mandíbula bilateralmente.	Região oftálmica	Sensibilidade Tátil: S. Térmica: S. Dolorosa:
		Região maxilar	Sensibilidade Tátil: S. Térmica: S. Dolorosa:
		Região mandibular	Sensibilidade Tátil: S. Térmica: S. Dolorosa: Alterações nos movimentos mandibulares: _____
VII Par – facial (sensitivo e motor)	1.º Sorrir, franzir o sobrolho e encerrar as pálpebras. 2.º Validar dificuldade em manter a saliva ou alimentos no lado afetado. 3.º Identificação de sabores doce, salgado, e amargo nos 2/3 anteriores da língua.	Simetria facial:___ Apagamento Sulco nasogeniano: _____	Outras alterações:
		Digeusia:___ Ageusia: _____	
VIII Par – estatuto-acústico (sensitivo)	Teste de Rinne (diapasão no osso mastóide) Teste Weber (diapasão no vértice do crâneo)	Coclear	Surdez de percepção:___ Surdez de transmissão:___
	Teste de equilíbrio sentado e teste de Romberg para o eq. em pé.	Vestibular	Equilíbrio sentado: Estático _____ Dinâmico _____ Equilíbrio em pé: Estático _____ Dinâmico: _____
IX Par – Glossofaríngeo (sensitivo e motor)	Reconhecimento de sabores doce e salgado no 1/3 posterior da língua.	Digeusia:___ Ageusia: _____	

X Par – Vago (sensitivo e motor)	Presença de reflexo de vômito e presença de alterações na voz	Reflexo de vômito:____ Disfonia:____ Afonia: ____
XI Par – Espinhal (motor)	Classificar força na lateralização da cabeça e elevação dos ombros.	M. esternocleidomastoideu: _____ M. trapézio: _____
XII Par- Grande hipoglosso (motor)	Propulsão antero-posterior e lateralidade da língua	Desvios da língua: _____ Tremores: _____ Atrofia: _____ Acumulação de saliva: _____ Desvio da úvula: _____



## ***Escalas:***

### **Escala de Coma de Glasgow:**

Abertura ocular	4	Espontânea
	3	Ao estímulo verbal
	2	Ao estímulo doloroso
	1	Ausente
Resposta Motora	6	Obedece a ordens
	5	Localiza a dor
	4	Retirada ao estímulo doloroso
	3	Flexão ao estímulo doloroso (descorticação)
	2	Extensão ao estímulo doloroso (descerebração)
	1	Ausente
Resposta Verbal	5	Orientado
	4	Confuso
	3	Palavras inapropriadas
	2	Sons incompreensíveis
	1	Ausente

### **Afasia:**

	<b>Fluência do Discurso</b>	<b>Compreensão</b>	<b>Nomeação</b>	<b>Repetição</b>
<b>Afasia de Broca</b>	Não fluente	Normal	Perturbado	Perturbado
<b>Afasia de Wernicke</b>	Fluente	Perturbado	Perturbado	Perturbado
<b>Afasia Global</b>	Não fluente	Normal	Perturbado	Perturbado
<b>Afasia de Condução</b>	Fluente	Normal	Perturbado	Perturbado
<b>Afasia Anômica</b>	Fluente	Normal	Perturbado	Normal
<b>Afasia Transcortical Motora</b>	Não Fluente	Normal	Perturbado	Normal
<b>Afasia Transcortical Sensorial</b>	Fluente	Perturbado	Perturbado	Normal
<b>Afasia Transcortical Mista</b>	Não fluente	Perturbado	Perturbado	Normal

## MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) .....( )
- Dia do mês (1 ponto) .....( )
- Mês (1 ponto) .....( )
- Ano (1 ponto) .....( )
- Hora aproximada (1 ponto) .....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) .....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) .....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) .....( )
- Cidade (1 ponto) .....( )
- Estado (1 ponto) .....( )

### MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta .....( )  
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

### ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

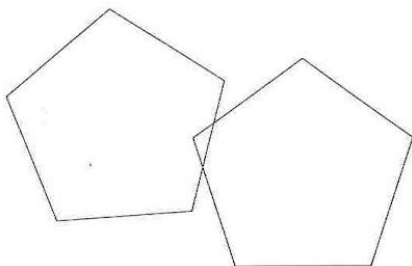
### EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) .....( )

### LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) .....( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)" .....( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) .....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

SCORE: (\_\_\_\_/30)



## Escala de avaliação de deglutição de GUSS

### 1 – Investigação preliminar/Teste de deglutição indireto

	Sim	Não
Vigília – a pessoa está alerta pelo menos 15 minutos?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Tosse voluntária – a pessoa deve tossir duas vezes	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Deglutir saliva:		
- Deglute com sucesso	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Perde saliva pela boca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- Mudança na voz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Soma:	(5)	
	1-4 – Outra investigação 5 – Seguir para parte 2	

### 2 – Teste de deglutição direto (Material: água, colher chá plana, espessante e pão)

Na seguinte ordem	1 →	2 →	3
	SEMISÓLIDO <sup>5</sup>	LÍQUIDO <sup>6</sup>	SÓLIDO <sup>7</sup>
DEGLUTIÇÃO:			
- Deglutição impossível	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Deglutição demorada (>2 seg.) (para sólidos >10 seg.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- Deglutição com sucesso	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
TOSSE INVOLUNTÁRIA:			
(antes, durante ou até 3 minutos após a deglutição)			
- Sim	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Não	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PERDA DE SALIVA:			
- Sim	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Não	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
MUDANÇA DE VOZ:			
(Peça à pessoa para dizer «Óh» antes e após a deglutição)			
- Sim	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Não	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Soma:	(5)	(5)	(5)
	1-4 – Outros testes 5 – Seguir p/ líquido	1-4 – Outros testes 5 – Seguir p/ sólido	1-4 – Outros testes 5 – Normal
TOTAL: (Teste de deglutição indireto e direto)			(20)
0-9 Sem via oral viável; 10-14 Disfagia moderada com risco de aspiração; 15-19 Disfagia ligeira com baixo risco de aspiração; 20 – Sem disfagia, risco mínimo de aspiração.			

<sup>5</sup> Administrar 1/3 a metade de uma colher com água com espessante (deve ficar com consistência de um pudim). Se não ocorrer tosse, perda de conteúdo pela boca ou modificação de voz aplicar 3 a 5 colheres. Avaliar na última colher.

<sup>6</sup> 3, 5, 10, 20 ml de água – se sem sintomas continuar com 50 ml de água.

<sup>7</sup> Utilizar pão seco.

## Escala de Força Muscular:

### Escala de Força muscular do Conselho de Pesquisas Médicas

0 (ausente) = paralisia total

1 (mínimo) = contração muscular visível sem movimento

2 (escassa) = movimento sem a ação da gravidade

3 (regular) = movimento parcial somente contra a gravidade

3+ (regular +) = movimento completo somente contra a gravidade

4- (boa -) = movimento completo somente contra a gravidade e resistência mínima

4 (boa) = movimento completo somente contra a gravidade e resistência moderada

4+ (boa +) = movimento completo somente contra a gravidade e forte resistência

5 (normal) = movimento completo contra resistência total

## Escala de espasticidade:

### (Asworth modificada)

Grau	Observação clínica
0	Tônus normal.
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

## **Escala de avaliação de espasmos:**

Escala da Penn – frequência de espasmos:

0 – Ausente;

1 – Espasmos leves na estimulação;

2 – Espasmos pouco frequentes, menos de um por hora;

3 – Espasmos frequentes, mais de um por hora;

4 – Espasmos frequentes, mais de 10 vezes por hora.

Escala de Lyon Universite

0 – Ausência de automatismos;

1 – Automatismos pouco frequentes ou de mínima intensidade desencadeados por movimentos, não alteram postura nem função;

2 – Automatismos frequentes ou moderada intensidade, espontâneos, ou frente a movimentos, não prejudicam postura, nem função;

3 – Automatismos muito frequentes ou de grande intensidade que prejudicam a postura e despertam à noite;

4 – Automatismos constantes que impossibilitam a postura correta.

## **Bibliografia de apoio:**

- Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. (2006). Espasticidade : Avaliação Clínica. Projeto Diretrizes.
- Baptista, R. C. N. (2003). Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência - Escala de Glasgow. *Revista Referência*, 10(Maio), 77–80.
- Donovan, N. J., Daniels, S. K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P. H. (2013). Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 44(4), e24–31. doi:10.1161/STR.0b013e3182877f57
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B., & Vieira, C. M. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P., ... Cardoso, T. (2013). A Oculta Face do Coma - O despertar do desconhecido. (L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (1.a Edição.). Loures.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 38(11), 2948–52. doi:10.1161/STROKEAHA.107.483933

### **APÊNDICE 3**

#### ***DOSSIER LEGISLAÇÃO***



## Dossier legislação

Serviço de Medicina Física e  
Reabilitação - HCC

Este documento foi produzido por Raul  
Fernandes no âmbito do estágio do IV Curso  
de Mestrado em Enfermagem – Área de  
Especialização de Enfermagem de  
Reabilitação da Escola Superior de  
Enfermagem de Lisboa, sob orientação da  
Enfermeira Especialista CS e da Professora  
VMP



Regime Jurídico da Prevenção,  
Habitação, Reabilitação e Participação  
da Pessoa com Deficiência

---

Acessibilidades – normas técnicas

---

Lei da Não Discriminação

---

Programa de Apoio e Emprego à  
Qualificação

---

Benefícios Sociais

---

Financiamento de Produtos de Apoio

---

Outros Recursos

---

***Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência***

**Inclui:**

Lei n.º 38/2004 de 18 de agosto.

**Breve resumo:**

Os objetivos da lei referida são promover a igualdade de oportunidades, permitindo à pessoa com deficiência as condições para a plena participação na sociedade. Visa ainda promover oportunidades de educação, formação e trabalho ao longo da vida; promover o acesso a serviços de apoio e promover a eliminação de barreiras à participação da pessoa com deficiência.

## ***Acessibilidades – Normas técnicas***

### **Inclui:**

Decreto- Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto.

### **Breve resumo:**

O Decreto-Lei referido tem por objeto definir as condições de acessibilidade que devem ser cumpridas no planeamento e construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais. O documento aprova ainda as normas técnicas que devem ser cumpridas neste contexto.

O novo diploma revogou o anterior DL 123/97 com o objetivo de alargar as normas técnicas aos edifícios habitacionais e melhorar a precisão de algumas normas.

Foi igualmente publicado neste âmbito um «Guia Acessibilidade e Mobilidade para Todos» que se inclui na versão digital deste *dossier* (disponível no serviço), ou ser consultado na internet.

## ***Lei da Não Discriminação***

### **Inclui:**

Lei n.º 46/2006 de 28 de agosto

### **Breve resumo:**

A Lei proíbe e pune a discriminação direta ou indireta de pessoas com base na deficiência e no risco agravado de saúde.

É uma lei vinculativa para todas as pessoas, quer individuais quer coletivas, públicas ou privadas. Isto significa obriga a globalidade dos cidadãos e instituições a prevenir e intervir sobre atos que se possam traduzir na violação de direitos fundamentais, ou a recusa de quaisquer direitos económicos, sociais, culturais ou outros.

Cabe ao Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. receber e encaminhar as queixas recebidas neste âmbito. Esta entidade produz anualmente um relatório sobre a aplicação desta Lei, que pode ser encontrado no *site* oficial [www.inr.pt](http://www.inr.pt).

## ***Programa de Emprego e Apoio à Qualificação***

### **Inclui:**

- Nota resumo sobre o Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiência e Incapacidade – produzido pelo Instituto de Emprego e Qualificação Profissional (IEFP);
- Decreto- Lei n.º 131/2013 de 11 de setembro.
- Sistema de quotas de emprego para pessoas com deficiência.

### **Breve resumo:**

A nota resumo produzida pelo IEFP descreve em que consiste o programa referido, os seus objetivos, destinatários, entidades promotoras, medidas e modalidades de apoio, apoios complementares, enquadramento legislativo e normativo e outras informações ou esclarecimentos.

O Decreto-Lei 131/2013, veio alterar o DL 290/2009 e corresponde ao enquadramento legal do programa onde o resumo do IEFP se baseou.

O documento referente ao Sistema de quotas de emprego para pessoas com deficiência, enquadra os benefícios passíveis de ser utilizados no acesso ao emprego nas empresas privadas e na administração pública.

Encontra-se prevista uma quota de emprego de 2% para pessoas com deficiência do total de trabalhadores de empresas privadas e 5% na Administração Pública. O documento especifica as regras de aplicação a cada um destes empregadores.

## ***Benefícios Sociais***

### **Inclui:**

- Guia Prático – Redução da Taxa Contributiva – Trabalhadores com Deficiência

### **Breve resumo:**

A contratação de pessoas com deficiência por tempo indeterminado dá direito a um desconto inferior à Segurança Social pela empresa contratante, desde que a pessoa contratada tenha capacidade para o trabalho inferior a 80% de um trabalhador sem deficiência.

O Guia define quem tem direito a este apoio, que formulários se devem preencher, onde e quando se pode pedir esta redução, quando se tem a resposta entre outras regras e legislação aplicável.

## ***Financiamento de Produtos de Apoio***

### **Inclui:**

- Nota resumo sobre o Financiamento de Produtos de Apoio a pessoas com deficiência, produzido pelo Instituto de Emprego e Qualificação Profissional (IEFP);
- Despacho n.º 16313/2012, do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

### **Breve resumo:**

Os produtos de apoio (ajudas técnicas) à pessoa com deficiência são facilitadores da reintegração social e laboral. Neste contexto, o Estado decidiu apoiar a sua aquisição com base em regras específicas.

A nota resumo produzida pelo IEFP permite enquadrar este apoio financeiro, os seus objetivos, destinatários, entidades responsáveis, tipo de apoios disponíveis, condições de atribuição e de candidatura, e enquadramento legal e normativo.

O Despacho referido publica a lista de produtos de apoio que podem ser objeto de financiamento pelo Estado.

## ***Outros recursos***

### **Inclui:**

- Operação Emprego para a Pessoa com Deficiência

### **Breve resumo:**

Este capítulo visa enquadrar recursos da comunidade no apoio a pessoas com deficiência.

Nesta fase, inclui-se apenas uma entidade da região de Lisboa e que dá apoio à procura de emprego pela pessoa com deficiência.

Este espaço deve ser atualizado com o conhecimento de novos recursos.



## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

***SELF ASSESSEMENT GUIDE FOR PEOPLE WITH STROKE***

# Are **YOU** Ready To Return To Work?

## A SELF ASSESSMENT GUIDE FOR PEOPLE WITH STROKE.



This Guide was developed for people recovering from stroke who are considering part-time, full-time, self-employment or volunteer opportunities. It is designed to support you as you consider all the important parts of a successful return to work plan.



The Guide is to be completed by you, with input from family members, physicians, health care providers and your employer, as needed.

Use this Guide as many times as you need to. What you learn along the way will help you focus your rehabilitation / recovery efforts and make the most of your current abilities for a safe return to work. Remember, use of compensatory strategies and aids/devices may increase your success for an earlier return to work.

With this Guide, you will assess five critical areas to returning to work. Completing this guide requires self-awareness of your current abilities. You need to consider your abilities and compare them against the demands of the job you hope to return to or begin. An understanding of your current abilities, in relation to what is expected of you on the job, is critical to having a successful return to work.

### THE FIVE CRITICAL AREAS TO RETURNING TO WORK ARE:

- **PHYSICAL ABILITY**
- **COMMUNICATION**
- **THINKING SKILLS**
- **EMOTIONS**
- **DRIVING/TRANSPORTATION**

Good luck and continued success with your recovery and return to work.

**Remember:** The highest reward for good work is the ability to do better!

## FOR RATING YOUR CURRENT LEVEL OF FUNCTIONING, USE THIS SCALE:

In each of the five areas, you will rate your current abilities and the importance of that ability while performing tasks at work (Job Demands). For rating your current level of functioning, use this scale (depicted below):

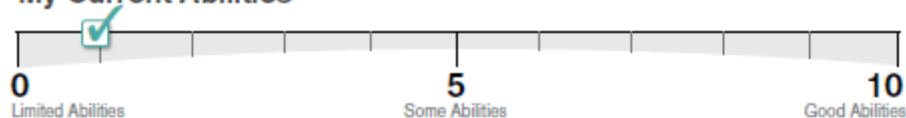
- |  |  |
|--|--|
| <b>0</b> – means you have limited abilities as the stroke affected this function   | <b>0</b> – means this task or job demand is not important to doing your job      |
| <b>5</b> – means you have some abilities despite the stroke affecting this function  | <b>5</b> – means this task or job demand is somewhat important to doing your job |
| <b>10</b> – means you have good abilities as the stroke did not affect this function or you have recovered fully (with or without the use of aids/devices or strategies) in this area. | <b>10</b> – means this task or job demand is very important to doing your job    |

*Example:* The stroke that Sally experienced resulted in her having very limited use of her right arm. Sally's job was a data entry clerk for the government. Her ratings would likely be:

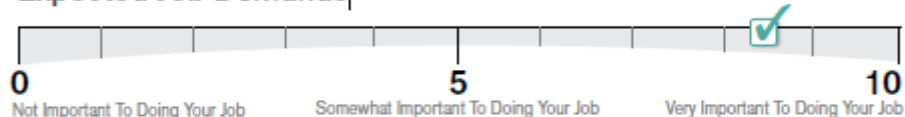
### USE OF ARMS:

- A)** Consider activities including: reaching, lifting, grasping, strength, coordination, writing, keyboarding and fine motor skills.

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



Sally's right arm has limited use (**scored a 1 on Abilities**) and her job requires significant use of her arms (**scored a 9 on Job Demands**). Based on this score, Sally would have difficulty performing tasks that required use of her right arm. Further rehabilitation, use of aids or devices such as "voice to text" software or a change in job tasks would be required for Sally to return to work at this time.

***Ideally, your current abilities will be close to or greater than the tasks or physical demands of your intended job.*** If not, you can refocus your rehabilitation/recovery efforts and re-assess your abilities again later. Remember, your employer may also be able to change the tasks of your job to match your current abilities. We hope that using this Guide will help you understand your current abilities, make you think about the tasks or demands of your job and develop a plan to return to work. Each time you complete the self assessment, it will lead to useful discussion among the people supporting you and your return to work efforts.

## PHYSICAL ABILITY:

*Note:* Please rate your current abilities considering any aids/  
devices or strategies that may improve your job performance.

### 1. USE OF ARMS:

- A)** Consider activities including: reaching, lifting, grasping, strength, coordination, writing, keyboarding and fine motor skills.

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



- B)** In general, do you have the ability to perform *repeated* reaching, lifting, grasping, strength, coordination, writing, keyboarding and fine motor skills?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 2. USE OF LEGS:

- A)** Consider activities including: balance, coordination, strength, walking, standing, stairway use, bending, squatting, kneeling, climbing and mobility.

#### My Current Abilities

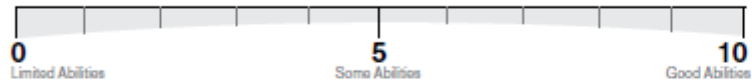


#### Expected Job Demands



- B)** In general, do you have the ability to perform *repeated* bending, kneeling, stooping, walking and stair climbing without getting tired quickly?

**My Current Abilities**



**Expected Job Demands**



**3. VISION:**

How good is your vision?

**My Current Abilities**



**Expected Job Demands**



**IN SUMMARY**

In summary, I feel my most significant **Physical strengths and challenges** are:

Strengths	Challenges

## COMMUNICATION:

*Note:* Please rate your current abilities considering any aids/ devices or strategies that may improve your job performance.

### 1. EXPRESSION:

Can you express your needs? Can other people understand what you are communicating?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 2. WRITING:

Can you write sentences that are clearly understood by others?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 3. UNDERSTANDING:

Can you follow conversations?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



#### 4. READING:

---

Can you read and understand a written document?

##### My Current Abilities



##### Expected Job Demands



#### 5. LISTENING/SPEAKING SKILLS:

---

Can you join in conversations (listening and speaking) as you need to?

##### My Current Abilities



##### Expected Job Demands



#### 6. READING/WRITING SKILLS:

---

Can you read and write as you need to?

##### My Current Abilities



##### Expected Job Demands





## IN SUMMARY

In summary, I feel my most significant **Communication strengths and challenges** are:

Strengths	Challenges

## THINKING SKILLS:

*Note:* Please rate your current abilities considering any aids/devices or strategies that may improve your job performance.

### 1. MEMORY:

How well can you remember things (e.g. names, appointments, objects, or information)?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 2. ATTENTION/CONCENTRATION:

How good is your attention and concentration? Can you stay focused and not be distracted?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 3. PROBLEM SOLVING:

Can you complete simple tasks such as meal planning or paying bills on time?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 4. THINKING SPEED:

Can you handle multiple requests and respond?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 5. MENTAL FATIGUE:

Can you maintain your focus and concentration throughout the day?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands

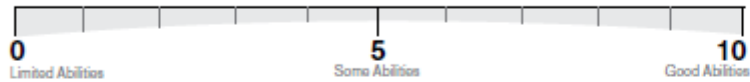


## 6. PLANNING/ORGANIZING:

Do you have the ability to:

- focus your attention on details?
- understand the steps required to perform a task?
- effectively schedule people/events?
- anticipate future tasks, events and deadlines?

### My Current Abilities



### Expected Job Demands



## IN SUMMARY

In summary, I feel my most significant **Thinking strengths and challenges** are:

Strengths	Challenges

## EMOTIONS:

Note: Please rate your current abilities considering any aids/  
devices or strategies that may improve your job performance.

### 1. FRUSTRATION TOLERANCE:

Can you stay calm in difficult situations?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 2. STRESS:

Can you manage your stress?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



### 3. INTERPERSONAL SKILLS:

Can you interact appropriately with family members, friends and people in your community?

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands



#### 4. COPING ABILITIES:

Do you experience any of these symptoms?

- depressed mood most of the day Yes\_\_\_ No\_\_\_
- crying often or the inability to cry Yes\_\_\_ No\_\_\_
- less interest in activities that you used to enjoy Yes\_\_\_ No\_\_\_
- significant weight loss or gain Yes\_\_\_ No\_\_\_
- difficulty sleeping or sleeping too much Yes\_\_\_ No\_\_\_
- thinking about death or suicide Yes\_\_\_ No\_\_\_
- feelings of hopelessness, worthlessness or guilt Yes\_\_\_ No\_\_\_
- poor concentration or indecisiveness Yes\_\_\_ No\_\_\_
- lack of motivation Yes\_\_\_ No\_\_\_

For the boxes that you marked "yes", do they interfere with your activities of daily living?

##### My Current Abilities



##### Expected Job Demands



#### 5. CONFIDENCE:

Overall, do you have confidence in your abilities?

##### My Current Abilities



##### Expected Job Demands



## IN SUMMARY

In summary, I feel my most significant **Emotional strengths and challenges** are:

Strengths	Challenges

## DRIVING/TRANSPORTATION:

*Note:* Please rate your current abilities considering any aids/  
devices or strategies that may improve your job performance.

### 1. DRIVING ABILITY:

Are you currently a licensed driver? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Are you required to be able to drive for your work? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Do you currently feel capable of driving safely? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

#### My Current Abilities



#### Expected Job Demands

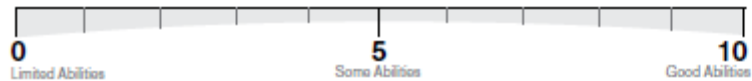


## 2. TRANSPORTATION SUPPORTS:

If you are not driving, do you currently have another way to get to and from work?  
For example: colleagues, family or bus?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### My Current Abilities



### Expected Job Demands



## IN SUMMARY

In summary, I feel my most significant **Transportation strengths and challenges** are:

Strengths	Challenges

## RETURN TO WORK SUMMARY:

Overall, after reviewing my answers in this guide, I feel my most significant strengths and challenges related to returning to work are:

Strengths	Challenges

To achieve an effective return to work, I want to focus my rehabilitation / recovery efforts on:


Comments:

Client Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



### London Health Sciences Centre

University Hospital - Room B10 - 104 | 339 Windemere Road London, ON N6A 5A5  
519-685 8500 x 32462 | [swostrokestrategy@lhsc.on.ca](mailto:swostrokestrategy@lhsc.on.ca)

[www.swostroke.ca](http://www.swostroke.ca)

Developed by the Return to Work after Stroke Working Group of the Southwestern Ontario Stroke Network.  
This publication may be reprinted provided that credit is given to the original source.